

SAIRAANHOITAJAN PEREHDYTYSPROSESSIN KEHITTÄMINEN NÄYTTÖÖN PERUSTUEN

Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Visamäki 11.11.2011

Katja Holopainen

VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä

Katja Holopainen

Vuosi 2011**Työn nimi**

Sairaanhoitajan perehdytysprosessin kehittäminen näyttöön perustuen Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla

TIIVISTELMÄ

Kehittämishankkeen tarve syntyi Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston toiminnasta, jossa kattava ja ajantasainen perehdytysohjelma ei elänyt osaston arjessa. Hankkeen tavoitteena oli kehittää perehdytysprosessia siten, että tehokkaalla, yksilöllisellä ja kannustavalla perehdytyksellä uusi sairaanhoitaja saadaan työskentelemään itsenäisesti osana leikkaustiimiä. Kohdeosaston toimintaympäristön ja sairaanhoitajan osaamisvaatimusten haasteisiin haettiin vastauksia näyttöön perustuvalla kehittämisellä. Kirjallisuuskatsauksen tuottaman tiedon rinnalle haluttiin kokemuksellista tietoa henkilökunnalta sekä asiakkaan näkökulma perehtyjiltä.

Metodologisena lähtökohtana hankkeelle oli toimintatutkimus, joka eteni lähtötilanteen kartoituksen, prosessi- ja sitouttamisvaiheen, suunnittelun ja toteutuksen kautta loppuarviointiin. Prosessin eri vaiheissa käytettiin erilaisia kyselyitä, työryhmätyöskentelyä ja henkilökuntaa sitouttavia menetelmiä. Aineistoksi kertyi sekä laadullista että määrällistä tietoa, jota hyödynnettiin prosessin kehittämisessä.

Hanke vastasi sille asetettuun kehittämishankkeeseen ja tavoitteisiin luoden näyttöön perustuvan perehdytysprosessin, jonka todettiin toimivan käytännössä. Hankkeen avulla laadittiin tehtäväkuva perehdytyskoordinaattorille, josta muodostui avain tehokkaan, yksilöllisen ja kannustavan perehdytyksen suunnitelmalliselle toteuttamiselle.

Perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvaa ja laadittua perehdytysprosessia voidaan hyödyntää perehdytyksen kehittämisessä. Kehitysehdotuksena esitetään osaamisenkartoituksen liittämistä osaksi perehdytystä, joka tukisi yksiköiden välistä yhteistyötä. Jatkotutkimusaiheina esitetään perehdytyksen tarkastelua laajemmin, kuin yksittäisten sairaanhoitopiirien mittakaavassa sekä niiden perehdytyksen avaintekijöiden selvittämistä, joiden tulee jatkossakin sisältyä esimiesten tehtäviin.

Avainsanat Perehdytysprosessi, näyttöön perustuva kehittäminen, leikkaus- ja anestesiahoitotyö

Sivut

76 s. + liitteet 29 s.

VISAMÄKI

Degree Programme in Social and Health Care Development and Management

Author

Katja Holopainen

Year 2011

Subject of Master's thesis

Evidence-based Development of the
Orientation process for Nurses in the Operating
and Anaesthesia Department of Kanta-Häme
Central Hospital

ABSTRACT

The initiative for the project came from the Operating and Anaesthesia Department of Kanta-Häme Central Hospital. The Department had a comprehensive and updated orientation programme, which was not used as effectively as it could have been. This project aimed at developing the orientation process for more effective, individual and motivating orientation of new nurses, in order that they would be able to work independently as a part of the surgical team. Project looked for answers for the challenges of the department's operating environment and nursing skill requirement's with evidence-based approach. The material consisted of data from a literature review, some experience based information from the staff and customer perspective feedback from the new employees.

The methodological approach for the development project was action research, which proceeded from the initial state analysis through the process and commitment phase, planning and implementation phase to final evaluation. In the different stages of the process a variety of surveys, working groups and various methods of motivating staff were used. The material consisted of both qualitative and quantitative information.

The project responded to the initial problem and the set goals for the development. It created an evidence-based orientation process, which was found to be working in practice. The project helped to create a role of the orientation coordinator, which became the key factor to organized implementation of effective, individual and motivational orientation process.

Both the role of the orientation coordinator and the orientation process can be utilised in the further development of the orientation process. Based on the project it is suggested that an individual's skills survey is included in the orientation process, which supports the cooperation between perioperative units. Further research could investigate orientation in rather a larger scale than that of an individual hospital. Clarification of those key factors of orientation that should remain in the hands of managers, also in the future, could also bring light to the orientation process.

Keywords

Orientation process, Evidence-based development, Perioperative Nursing

Pages

76 p. + appendices 29 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	PEREHTYMISEN PROSESSI LEIKKAUS- JA ANESTESIA-HOITOTYÖSSÄ....	4
2.1	Työhön perehdytyksen prosessi	4
2.1.1	Perehdytyksen vastuu	5
2.1.2	Perehdytyksen jaksottaminen ja kesto.....	6
2.1.3	Perehdytysprosessin kuvaus	8
2.1.4	Perehdytyksen tavoitteellisuus	9
2.1.5	Perehdytyksen arviointi	10
2.2	Perehdytysprosessi leikkaus- ja anestesiaosastolla	11
2.2.1	Osaamisvaatimukset leikkaus- ja anestesiahoitotyöhön.....	12
2.2.2	Perehdytyksen sisältö kohdeosastolla.....	13
2.2.3	Toimintakulttuurin vaikutus perehdytyksen onnistumiseen.....	16
2.3	Näyttöön perustuva kehittäminen.....	18
2.4	Keskeiset käsitteet	20
3	KEHITTÄMISONGELMA JA TAVOITTEET.....	22
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	22
4.1	Toimintatutkimus	22
4.2	Aineistonkeruumenetelmien kuvaus	25
4.2.1	Tutkimustieto.....	25
4.2.2	Osallistava työmalli, OPERA	26
4.2.3	Kysely.....	28
4.2.4	Otanta	29
4.3	Aineiston analyysimenetelmän kuvaus	29
5	KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN	31
5.1	Lähtötilanteen kartoitus.....	31
5.2	Prosessointi- ja sitouttamisvaihe	35
5.2.1	Opera-työskentely 28.1.2011.....	35
5.2.2	Erikoislääkäreille suunnattu kysely	36
5.3	Suunnitteluvaihe.....	40
5.3.1	Työryhmätyöskentely	40
5.3.2	Opera-työskentely 13.5.2011.....	42
5.3.3	Palaveri lähiesimiesten kanssa 25.5.2011	45
5.3.4	Suunnitteluvaiheen yhteenveto.....	45
5.4	Toteutusvaihe	48
5.5	Arviointivaihe.....	49
5.5.1	Perehtyjille suunnattu kysely.....	49
5.5.2	Lyhytaikaisille sijaisille suunnattu kysely.....	52
5.5.3	Perehdyttäjille, työryhmälle ja esimiehille suunnattu kysely	53
6	HANKKEEN TULOKSET	57
7	POHDINTA.....	60

7.1 Tulosten tarkastelu	60
7.2 Kehittämishankkeen etiikka	64
7.3 Kehittämishankkeen tulosten luotettavuus	65
7.4 Tutkijan kehitysprosessi	69
7.5 Tulosten yleistettävyys ja jatkotutkimusaiheita	69
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	71
LÄHTEET	72

Liite 1	Tutkimustaulukko
Liite 2	Kehittämishankkeen aikataulu ja eteneminen
Liite 3	Saate sairaanhoitajien kyselylle
Liite 4	Saate lääkäreiden kyselylle
Liite 5	Lääkäreiden kysely
Liite 6	Perehdytyksen etenemisen seurantataulukko
Liite 7	Kyselylomake perehtyjille perehdytyksestä leikkaus- ja anestesiaosastolla
Liite 8	Saate perehtyjien kyselyyn
Liite 9	Perehdytyksen arviointikaavake, lyhytaikaiset sijaiset
Liite 10	Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille
Liite 11	Saate perehdyttäjien, työryhmäläisten ja esimiesten kyselylle
Liite 12	Kriteerit tutkimusten ja raporttien hyvyyden arvioinnille

KUVIOLUETTELO

- Kuvio 1: Perehdyttämisen vaiheet (Kupias & Peltö 2009, 102).
- Kuvio 2: Perehdytysprosessi (Miettinen ym. 2009).
- Kuvio 3: Kohdeosaston perehdytysohjelman rakenne (Holopainen, ym. 2008, 8).
- Kuvio 4: Toimintatutkimukseen pohjautuva kehittämisasetelma (Lauri 2006, 132).
- Kuvio 5: Lähtötilanteen kartoituksesta nousseet perehdytyksen ongelmat osastolla.
- Kuvio 6: Vastanneiden erikoislääkäreiden jakauma erikoisaloittain. Anestesia- ja anestesiaväikäreitä vastasi 5/9, korva-, nenä- ja kurkkutautien (KNK) erikoislääkäreistä 5/8, gynekologeista 5/10 ja kirurgeista 9/17.
- Kuvio 7: Lääkäreille suunnatun kyselyn pohjalta nousseet kehittämisen kohteet.
- Kuvio 8: Hyvät asiat, joita oli huomioitu suunnitelmassa.
- Kuvio 9: Perehdytysprosessin ajallinen eteneminen leikkauspuolella.
- Kuvio 10: Perehdytysprosessin ajallinen eteneminen anestesiapuolella.
- Kuvio 11: Tehokkuuden jakautuminen perehtyjien vastauksissa.
- Kuvio 12: Yksilöllisyyden jakautuminen perehtyjien vastauksissa.
- Kuvio 13: Kannustavuuden jakautuminen perehtyjien vastauksissa.
- Kuvio 14: Kehittämisen kannalta tärkeinä pidetyt kohteet.

TAULUKKOLUETTELO

- Taulukko 1: Ominaisuudet, joita perehtyjällä tulisi olla.
- Taulukko 2: Ominaisuudet, joita perehdyttäjällä tulisi olla.
- Taulukko 3: Analyysirunko tuloksin.
- Taulukko 4: Saadut tulokset perehdyttäjien, työryhmäläisten ja esimiesten kyselystä.
- Taulukko 5: Hankkeen tulokset koottuna taulukkoon.
- Taulukko 6: Näytön asteen arviointi (Käypä hoito –käsikirja 2008; Sarajärvi ym. 2011, 14; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

1 JOHDANTO

Tämä kehittämishanke on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinäytetyö sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Hankkeen tarkoitus on kehittää keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle työhön tulevan sairaanhoitajan perehdytysprosessia, jonka työkaluna on osastolle aiemmin laadittu perehdytysohjelma. Hankkeen tarve nousi osastolta ja osastonhoitaja toimi hankkeen työelämänehdustajana.

Terveydenhuollon toimintaympäristön muutokset tekevät hoitotyöstä yhä vaativampaa ja itsenäisempää. Potilaat ovat valvettuneempia, heidän vaatimuksensa hoitoa kohtaan on lisääntynyt ja he ovat aiempaa tietoisempia terveyteensä liittyvistä kysymyksistä. Muutos aiheuttaa hoitohenkilökunnan tehtäväkuvien uudistamista ja velvoittaa arvioimaan toimintojen vaikuttavuutta, palvelujen laatua, tehokkuutta ja taloudellisuutta. Näistä realiteeteista johtuen hoitotyössä joudutaan vastaamaan tarpeeseen vaikuttavaksi tunnetuilla menetelmillä, joiden tunnistamisessa näyttöön perustuva kehittäminen on avainasemassa. Tehdyt ratkaisut tulee perustua tieteelliseen tutkimusten antamaan näyttöön, asiakkaan omiin kokemuksiin ja tietoon sekä käytettävissä oleviin resursseihin. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 15.)

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena hoitotyössä on paitsi parantaa laatua ja vaikuttavuutta, myös vaikuttaa kustannuksiin luotettavan, tutkitun tiedon avulla. Tällaista tietoa käytetään päätöksen teon perustana, jotta asiakkaan tarpeisiin voidaan vaikuttaa parhaalla mahdollisella tavalla. Tämän päivän terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät toimintatapojen jatkuvaa uudistumista ja osaamisen on vastattava asiakkaiden tarpeita. (Sarajärvi ym. 2011, 9 – 10.) Tutkimukset (Stetler 2001; Elomaa 2003; Banning 2005; Sarajärvi & Isola 2006; Jablonski & Ersek 2009) osoittavat, että hoitotyössä toimitaan paljon rutiinien eikä tutkitun tiedon mukaan (Sarajärvi ym. 2011, 11). Tavoitteena kuitenkin on, että hoitokäytännöt ja toimintatavat perustuisivat parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon, koska juuri sillä lisätään hoitotyön vaikuttavuutta ja tehokkuutta (Sarajärvi ym. 2011, 9 – 11).

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin strategia vuoteen 2015 määrittelee yhtenä toimintaa ohjaavista arvoista vastuullisuuden. Se esiintyy jatkuvana osaamisen ja ammattitaidon kehittämisenä, toimintakäytäntöjen parantamisena sekä palvelujen vaikuttavuuden perustumisena avoimeen tietoon, näyttöön ja tieteellisyyteen. Ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuuden ja pysyvyyden varmistaminen on yksi sisäisten toimintojen kehittämisen osa-alue. Hyvällä perehdytyksellä tuetaan myös opiskelijoiden hakeutumista työhön sairaanhoitopiiriin. Erityisvastuualueen toimintaympäristön kehitystä koskevilla johtopäätöksissä on myös todettu osaavan työvoiman säilyttämisen ja rekrytoinnin olevan tulevien tarpeiden kannalta merkittävä haaste. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. 2011.) Tämän kehittämishankkeen ydin kiteytyy strategiassa. Perehdytyksen näyttöön perustuvalla toiminnalla kehitetään perehdytyksen prosessia, jonka avulla uusi työnte-

kijä saadaan tekemään tehokasta ja turvallista potilashoitotyötä. Samalla tuetaan hänen yksilöllistä ja positiivista sosiaalistumistaan työyhteisön täysivaltaiseksi jäseneksi.

Työnantajan on oltava varma siitä, että työntekijällä on kyseisen ammatin harjoittamisen edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja ammatissa toimimisen edellyttämät henkilökohtaiset valmiudet. Yksikkökohtaisen perehdytysohjelman tulee olla sopusoinnussa organisaation tavoitteiden, strategioiden ja visioiden sekä osaston toimintafilosofian kanssa. (Katomaa & Vaanola 2007, 23.) Perehdyttämisen onnistuminen edellyttää niin esimiehen kuin koko työyhteisön aktiivista panosta perehdyttävän siirtämiseksi ulkopuolisuudesta työyhteisön jäseneksi. Jotta uusi työntekijä saa monipuolisen kuvan työstä ja työyhteisöstä sekä tutustuu työkavereihin on ihanteellista että perehdytykseen osallistuu mahdollisimman moni. Näin myös kuormitus jakautuu tasaisemmin työyhteisössä. (Rainio 2005, 7, 12.)

Perehdytyksessä tulee huomioida paitsi uudet työntekijät, myös työtehtävää vaihtavat tai muutoin jonkin aikaa työstä poissaolleet työntekijät (Palosaari 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Sijaisille tulee olla oma, heidän tarpeitaan vastaava perehdytysuunnitelma (Ala-Fossi & Heininen 2003). Perehdytyksen tarve vaihtelee hyvin paljon työntekijän aiemmasta kokemuksesta ja työsuhteen muodosta johtuen. Perehdytystä tarvitaan myös uusien työvälineiden käyttöönoton yhteydessä. Perehdytys organisaatioon tukee uuden työntekijän sitoutumista työpaikkaan. Hyvään perehdytykseen kuuluu tarjota mahdollisuuksia työn monipuolisuuteen, erilaisten taitojen, tiedon sekä osaamisen käyttämiseen sekä vaikutusmahdollisuudet omaan työhön sekä sitä koskevaan päätöksentekoon. Kun työntekijä hallitsee oman työnsä, oppii lisää ja pääsee näyttämään taitonsa, hän voi hyvin. Hyvä perehdytys hyödyttää koko työyhteisöä kun uusi työntekijä pääsee nopeasti itsenäiseen työhön. (Hyvä perehdytysopas 2007, 8; Rainio 2005, 4-5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Perehdytyksessä yksikön asenteet ja eettiset periaatteet siirtyvät uudelle työntekijälle, jolloin korostuu tavoite valaa myönteistä asennoitumista työtä ja työyhteisöä kohtaan. Perehdytyksen tavoitteena on, että työntekijä pystyy suoriutumaan itsenäisesti toimenkuvansa osaamisvaatimusten mukaisesti. Turvaamme myös henkisen hyvinvoinnin hyvällä perehdytyksellä. Tavoitteena on työntekijöiden viihtyminen sekä mielenkiinnon, vastuuntunnon ja työhön sitoutumisen lisääminen. (Katomaa & Vaanola 2007, 24; Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ky. 2006.)

Perehdyttäjän tulee olla sitoutunut organisaatioon ja näin luoda positiivista kuvaa työnantajasta ja pohjaa tulokkaan työssä viihtymiselle. Hänellä tulee olla laajat tiedot organisaation toiminnasta ja tavoitteista. Hänen tulee tuntea lain asettamat säädökset perehdyttämisen näkökulmasta. Hyvä perehdyttäjä tai työopastaja on ammattitaitoinen ja motivoitunut koulutustehkävään. Hänen tulee olla uusille ideoille avoin ja näin mahdollistaa työssä oppiminen vuoropuhelun kautta, eikä ainoastaan työntekomallien kopioiminen. (Hyvä perehdytysopas 2007, 13, 21; Rainio 2005, 21.)

Uuden työntekijän on otettava vastuu myös omasta perehdytyksestään ja häneltä voidaan edellyttää kykyä selvittää itsenäisesti asioita. Aktiivinen ja kiinnostunut asenne on avainasemassa. Väärä ajattelu- tai työtapo voi estää uuden oppimisen. Pelkkä kokemuksaan ei ole aina riittävä, sillä monet uudet asiat ymmärtää vasta keskusteltuaan niistä muiden kanssa. (Hyvä perehdytysopas 2007, 13; Rainio 2005, 12.)

Perehdytys on onnistunut kun työntekijä on omaksunut opittavan asian kokonaisuudessaan ja tuntee asioiden väliset yhteydet, hänellä on valmiudet soveltaa tietoa, hän on oppinut työyhteisöön liittyvät perusperiaatteet ja osaa aktiivisesti ottaa selvää asioista. Huolellinen ja hyvä perehdyttäminen antaa hyvän ja luotettavan kuvan organisaatiosta. Samalla se viestittää organisaation toimintaa ja tavoitteita koskevia asioita sekä kehitysnäkymiä. Tällöin luodaan edellytykset työelämän laadun parantamiselle ja työntekijän halukkuudelle olla osa organisaatiota. Samalla se helpottaa vaikeiden asioiden kohtaamista. (Penttinen & Mäntynen 2009, 3; Rainio 2005, 20.)

Perehdytys koskettaa ja puhuttaa kaikkialla, se on aina ajankohtainen aihe ja sitä on paljon käsitelty myös hoitotyössä. Laki velvoittaa jokaisen työyksikön antamaan perehdytystä ja lähes joka paikasta perehdytysohjelma tai kansio löytyy. Näistä seikoista huolimatta perehdytykseen ollaan harvoin täysin tyytyväisiä ja sitä on jatkuvasti kehitettävä. Kohdeosastolla on vuonna 2008 valmistunut perehdytysohjelma, johon kuuluu kirjallista materiaalia sekä erillinen perehdytyslukujärjestys. Ohjelma on voittanut sairaanhoitopiirin laatukilpailun ensimmäisen palkinnon vuonna 2008 ja sitä pidetään kattavana. Tästä huolimatta sille on käynyt kuten niin monelle vastaavalle ohjelmalle, ne eivät lähde elämään arjessa. Tutkija kiinnostui tästä ilmiöstä ja sen kautta päätti lähteä kehittämään kohdeosaston perehdytyksenprosessia, jonka työkaluna ohjelma toimisi. Samaan aikaan osastolla oli tehty organisaatiomuutos, esimiestyössä tapahtui muutoksia ja kotivarallaolojärjestelmä muuttui kolmivuorotyöhön. Nämä lisäsivät kehittämismyönteisyyttä ja henkilökunnan perehdytyksen tehostamisen tarvetta.

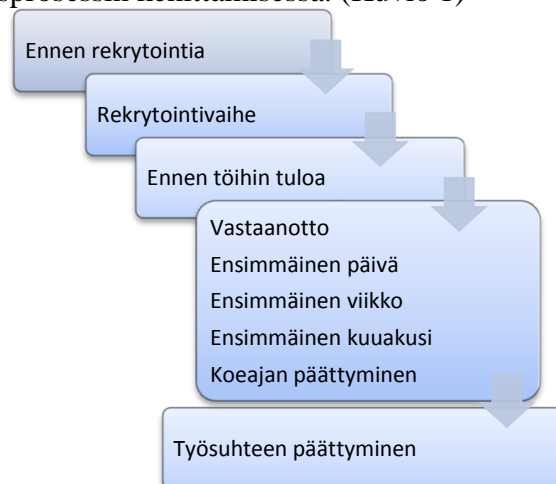
2 PEREHTYMISEN PROSESSI LEIKKAUS- JA ANESTESIAHOITOTYÖSSÄ

Tarve kattavalle ja toimivalle perehdytykselle leikkaus- ja anestesiahoitotyössä oli nähtävissä jo 1990-luvun lopulla. Paineita työyksikkökohtaiseen perehdytykseen ja käytännön työn opettamiseen toi vastavalmistuneiden sairaanhoitajien kirjavaksi koettu tietotaidon taso. (Vierula 2001.) Nykyisen sairaanhoitajakoulutuksen ei edelleenkään koeta vastaavan työelämän tarpeisiin leikkaus- ja anestesiahoitotyön osalta. Tästä johtuen työyksikön vastuulle jää laajamittainen koulutus ja perehdytys alkaen leikkaus- ja anestesiati työn perusasioista. (Katomaa & Vaanola 2007, 23.) Kasvaviin rekrytointihaasteisiin kohdeosastolla vastattiin laatimalla toimiva, kattava ja tuloksellinen perehdytysohjelma. Ohjelmassa yhdistyvät leikkaus- ja anestesiahoitotyön perusosaaminen ja erikoisosaamisalueet prosessinomaisena ja suunniteltuna etenemisenä. Perehdytysohjelma saatiin valmiiksi vuonna 2008 ja se otettiin käyttöön. Ohjelman jalkauttamisessa käytäntöön on ollut haasteita, eikä sitä ole pystytty hyödyntämään täysin. Tämä kehittämishanke tähtää valmiin ohjelman prosessinomaiseen kehittämiseen ja siihen liittyvien haasteiden ratkaisemiseen.

Hankkeessa perehdyttämistä tarkastellaan prosessin etenemisen näkökulmasta, eikä niinkään perehdytysohjelman sisällön kautta. Kohdeosastolla olevaa perehdytysohjelmaa avataan sisällöllisesti jonkin verran kappaleessa 2.2.2 Perehdytyksen sisältö kohdeosastolla. Muuten tarkastellaan onnistuneen perehdytyksen prosessin etenemistä ja sitä edesauttavia keinoja.

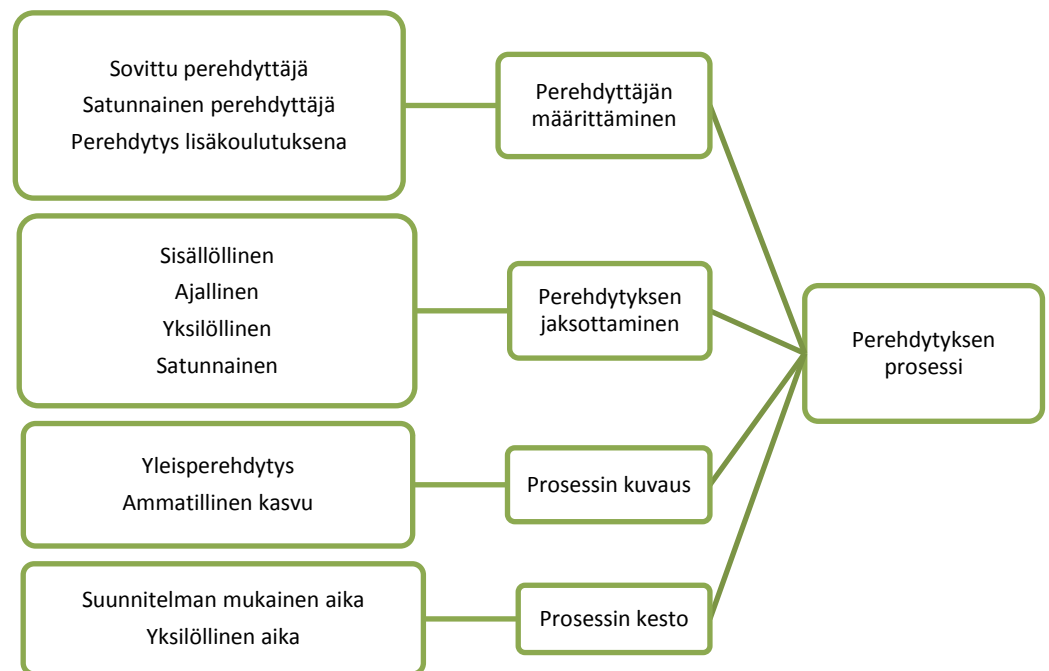
2.1 Työhön perehdytyksen prosessi

Perehdytysprosessia on kuvattu kirjallisuudessa hieman eri tavoin. Kupias ja Peltola (2009, 102 – 110.) ovat jakaneet perehdytysprosessin ajallisesti eri vaiheisiin. Prosessi alkaa jo ennen rekrytointia, jatkuu rekrytointiin sekä edelleen vaiheisiin ennen töihin tuloa, varsinaiseen vastaanottoon ja työopastukseen. Prosessiin kuuluu myös työsuhteen päättymisen, jolla on tärkeä osa perehdytysprosessin kehittämisessä. (Kuvio 1)



Kuvio 1 Perehdyttämisen vaiheet (Kupias & Peltola 2009, 102).

Miettinen, Kaunonen, Peltokoski ja Tarkka (2009) kuvaavat perehdytyksen prosessin olevan osa laadukasta perehdytystä, joka sisältää suunnittelua, vastuun määrittämistä, tavoitteiden asettelua ja suunnitelmallista arviointia. Nämä myös Koskue (2008), Ketola (2010) ja Palosaari (2006) mainitsevat toimivan perehdyttämisen vaiheiksi. Niistä muodostuu hoitotyön perehdytyksen perusta (Miettinen, Kaunonen ja Tarkka 2006a). Miettinen ym. (2009) toteavat hoitotyön perehdytyksen prosessin muodostuvan perehdyttäjän määrittelemisestä, perehdytyksen jaksottamisesta, prosessin kuvauksesta ja kestosta. Prosessi on esitelty tarkemmin kuviossa 2. Kupias ja Pellon (2009) kirjassaan kuvaaman ajallisen prosessin ja Miettinen ym. artikkelisarjan (2006a ja 2009) tulosten pohjalta tarkastellaan perehdytyksen prosessia leikkaus- ja anestesiaosastolla.



Kuvio 2 Perehdytysprosessi (Miettinen ym. 2009).

2.1.1 Perehdytyksen vastuu

Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan työnantajan tulee järjestää työhön perehdytys työntekijöilleen. Laki velvoittaa työnantajan perehdyttämään työntekijän työhönsä, sen olosuhteisiin, työmenetelmiin ja välineisiin sekä käytäntöihin. Opastusta tulee antaa riittävästi työn haitta- ja vaaratekijöistä sekä toimintaohjeet erilaisten häiriötilanteiden varalle. Yksittäisen työntekijän perehdytyksestä ja sen valvonnasta vastaa esimies. Perehdytyksen voi kuitenkin hoitaa esimiehen nimeämä vastuuhenkilö, mutta vastuu perehdytyksestä on aina esimiehellä.

Terveystieteiden osastonhoitajan tulee kantaa vastuu suunnitelmallisesta perehdyttämisestä ja sen toteuttamisesta. Hänen tulee järjestää resurssit ja ilmapiiri myönteiseksi, jotta suunnitelmallinen perehdytys on mahdollista. (Huffman 1995; Kallio 2008; Ketola 2010; Lahti 2007; Miettinen, Peltokoski & Åstedt-Kurki, 2006b; Palosaari 2006; Peltokoski 2004.) Osallistumisen perehdytystä käsittelevään koulutukseen todettiin edistävän

osastonhoitajan vastuuta (Miettinen ym. 2006b). Esimiehen tulee luoda perehdytykselle käytännöt ja säännöt. Hän voi kuitenkin delegoida perehdyttämisen kokeneelle hoitajalle, joka on nimetty tehtäväänsä. Kyseinen hoitaja vastaa perehdytyksestä, materiaalien ajantasaisuudesta ja koordinoi sen etenemistä jokaisen perehtyvän kohdalla. Tämän lisäksi perehtyjällä tulee olla nimettynä yksi tai kaksi perehdyttäjää, joiden mukana perehtyjä kulkee. (Lahti 2007; Miettinen ym. 2006a; Miettinen ym. 2009; Raunio 2005; Tarus 2006.)

Nimetty perehdyttäjä vastuuttaa perehdytyksen toteuttamisen ja näin saadaan paremmat tulokset perehdytyksestä. Esimiehen on kuitenkin huomioitava työvuorosuunnittelussa, että pari on samoissa vuoroissa perehdytyksen aikana. (Ala-Fossi & Heininen 2003; Kallio 2008; Lahti 2007.) Perehdyttäjä sitoutuu tehtäväänsä paremmin, mikäli hän saa organisaatiolta ja toisilta perehdyttäjiltä tukea ja mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan. Jonkinlaisen palkitsemisen sekä koulutuksen perehdyttäjän tehtävään toettiin lisäävän sitoutumista. (Usher, Nolan, Reser, Owens & Tollefson 1999.)

Perehtyjällä itsellään on myös vastuu omasta oppimisestaan ja oma-aloitteisuudestaan. Työntekijällä on myös oma vastuu ottaa asioista selvää ja huolehtia omasta perehtymisestään aktiivisesti. Vastavalmistuneet tai vähän työkokemusta omaavat kokivat oma-aloitteisen perehtymisen vaikeaksi. (Ala-Fossi & Heininen 2003; Ketola 2010.)

2.1.2 Perehdytyksen jaksottaminen ja kesto

Perehdytys voidaan jaksottaa sisällöllisesti, jolloin siitä erottuu työhöntuloaastattelu, työnopastus ja työyhteisön tehtävien oppiminen. Ajallisesti se jaksottuu riittävän ajan sisälle, joka yksilöllisesti sovitaan huomioiden työn vaativuus ja perehtyjän aiempi koulutus ja kokemus. Yksilöllinen perehdytys tapahtuu henkilökohtaisesti laaditun perehdytys suunnitelman mukaan, joka jakautuu sisällöllisesti ja ajallisesti. (Kallio 2008; Miettinen ym. 2009.)

Perehdyttämisen valmistelu alkaa jo ennen rekrytointia, jolloin mietitään tulevan työn vaatimuksia ja siinä tarvittavaa osaamista. Rekrytointiprosessissa hakijalle kerrotaan tehtävästä, organisaatiosta ja niiden vaatimuksista. Samalla hakijan sopivuudesta ja osaamisesta saadaan kuva. Kun valittu henkilö on tiedossa, perehdytystä koordinoivan henkilön on hyvä ottaa häneen yhteyttä. Tällöin saadaan tärkeitä tietoja aiemmasta kokemuksesta perehdytys suunnitelman laatimista varten ja voidaan antaa ohjeita ensimmäiseen päivään liittyen. Tulokas voi myös kysyä epäselviä asioita ja hänen on helpompaa tulla uuteen työhön, kun on jo joku tuttu vastassa. (Kupias & Peltola 2009, 102 - 103.)

Tulokkaan vastaanottamisessa on erityisen tärkeää, että hän tuntee itsensä tervetulleeksi ja odotetuksi. Kiireetön vastaanotto vaikka kahvikupin äärellä antaa hyvän alun. Uuden työtaipaleen alkua voisi aivan hyvin juhlistaa, kuten pitkän työuran päättymistäkin. Ensimmäisenä päivänä huolehditaan tulokkaalle työn aloittamista helpottavat luvat ja käytännöt, kuten

avaimet, kulkuluvat ja henkilökortti. Kaikki tällaiset luvat ja työvälineet tulisi hankkia etukäteen valmiiksi. Ensimmäisen päivän ohjelmaan kuuluu työtilojen, lähimpien työkavereiden ja työhön liittyvien asioiden esittely. Tulokkaalla tulee olla riittävästi tekemistä, mutta tietoa ei saa tulla liikaa. (Kupias & Peltola 2009, 103 - 105.)

Ensimmäisen viikon aikana tulokkaan tulee päästä kiinni työhönsä, johon auttaa työstä kokonaiskuvan saaminen sekä tutustuminen organisaatioon ja työyhteisöön. Perehdytyksen tulee olla tarkoituksenmukaista, eli antaa ”ensiapupakkaus” jonka avulla pääsee mahdollisimman pian kiinni varsinaiseen työhön. Ensiapupakkauksen sisältö tulee harkita tarkoin. Sen tulee sisältää työyksikön sekä tulokkaan kannalta hyödyllisiä tietoja ja taitoja, joilla uusi työntekijä saa parhaimmat onnistumisen elämykset. Ensimmäisen viikon aikana tulee laatia uuden työntekijän kokemuksen ja osaamisen pohjalta hänen oppimistaan tukeva perehdytysohjelma. Sen perusteella työntekijälle muodostuu kuva asioista, joihin hänen tulee perehtyä voidakseen työskennellä itsenäisesti. Viikon lopulla on hyvä käydä lyhyt palauttekeskustelu perehdytyksen ensivaikutelmista ja suunnitella mihin asioihin jatkossa pitää panostaa. (Kupias & Peltola 2009, 105 - 106.)

Ensimmäisen kuukauden aikana työntekijän tulee päästä kiinni tuottavaan työhön ja sisälle työyhteisön toimintakulttuuriin. Silloin on oltava jo mahdollisuus tuoda esille omia näkemyksiään, jotka parhaimmillaan ohjaavat uusiin ideoihin ja kehittämiseen. Esimiehen ja työyhteisön tulee pystyä ottamaan vilpittömästi vastaan saatu palaute ja heillä tulee olla intoa kehittää toimintaa. Ensimmäisen kuukauden aikana perehdytys etenee suunnitelman mukaan ja työntekijän on hyvä käydä tervetuloa taloon -tilaisuudessa. Päävastuu perehdytyksestä alkaa siirtyä työntekijälle itselleen ja 1-2 kuukauden työssä olon jälkeen on hyvä pitää palautekeskustelu perehdyttäjän kanssa. Siinä arvioidaan perehtymistä ja perehdyttämistä sekä tarkastellaan onko työntekijällä organisaation puolesta riittävät mahdollisuudet onnistua ja onko perehdytys ollut riittävän tehokasta. Työntekijälle on mahdollista antaa tässä vaiheessa toiminnastaan palautetta, jonka avulla hän voi tarvittaessa tehdä muutoksia ennen koeajan päättymistä. (Kupias & Peltola 2009, 106 – 107).

Ennen neljän kuukauden koeajan loppumista, tavoitteena on että työntekijä on päässyt hyvään alkuun uudessa työssään, selviytyy riittävän itsenäisesti ja osaa hakea tarvitsemaansa tietoa. Hänet on otettu osaksi työyhteisöä ja hän myös kokee itse kuuluvansa siihen. Perehdytys jatkuu suunnitelman ja tarpeen vaatimalla tavalla ja sen suuntaa voidaan tarkentaa esimiehen kanssa käytävässä koeaikakeskustelussa. Siinä arvioidaan jälleen perehdytyksen ja perehtymisen onnistumista. Työsuhteen päättyessä, syystä tai toisesta on tärkeää esimiehen käydä lähtökeskustelu, jossa tulee kysyä palautetta myös perehdyttämisen onnistumisesta. (Kupias & Peltola 2009, 109 - 110.)

Perehdytyksen jaksottaminen ajallisesti alkaa ajasta, jonka perehtyjä on intensiivisessä perehdytyksessä. Se mahdollistaa orientoitumisen työyksikköön. Ajan pituus riippuu henkilökohtaisesti suunnitellusta yksilöllisestä ajasta, joka määräytyy henkilön kyvyistä hallita työtehtävät ja työn vaati-

vuudesta. (Kallio 2008; Miettinen ym. 2009, 80.) Keskimäärin riittävän pitkä aika olisi kuusi kuukautta. Erityisesti leikkausosastolla tulee olla pitkäkestoinen ja hyvin suunniteltu perehdytysohjelma, jossa otetaan aiempi kokemus huomioon. (Ala-Fossi & Heininen 2003.) Salonen (2004) toteaa kehittämisalueeksi juuri perehdytyksen keston suunnittelun niin, että suunnitelmassa huomioidaan työyksikön vaativuus. Saastamoinen (2005) toteaa sairaanhoitajan perehdytyksen prosessin pituudeksi anestesiatyössä jopa vuoden, johtuen juuri vaativasta työskentely-ympäristöstä. Tehokkaalla perehdytysohjelmalla voidaan 3 – 6 kuukaudessa perehdyttää sairaanhoitaja perioperatiiviseen hoitotyöhön. Yksilöllisesti tulee kuitenkin löytää sopiva aika ja erilaiset menetelmät, jotka huomioivat työntekijän oppimistyylin. (Wells 1999.)

2.1.3 Perehdytysprosessin kuvaus

Perehdytysprosessin kuvaus pitää sisällään yleisperehdytyksen ja ammatillisen kasvun. Yleisperehdytys muodostuu perehdytysohjeista, työsuhteasioista, yksikön rakenteesta, potilas- ja henkilöstöturvallisuudesta sekä hoitotyön toimintoihin perehdyttämisestä. Ammatillinen kasvu on oppimisprosessi, josta hyötyy perehtyjän lisäksi koko henkilökunta. Sitä tapahtuu perehdyttäjän kanssa työskennellessä ja itsenäisesti oppien. Se alkaa jo työhaastattelussa ennakkomateriaaliin tutustuen ja jatkuu koko perehdytysprosessin ajan kirjallisen arvioinnin ja suullisen palautteen kautta. Perehtyjän mukanaan tuomat uudet ajatukset ja käytännöt mahdollistavat työn kehittämisen yksikössä. (Ketola 2010; Miettinen ym. 2009; Raunio 2005, 7, 12-13.)

Perehdytys on usein liian niukkaa ja pintapuolista tilojen esittelyä. Käytävissä oleva materiaali on sisällöllisesti puutteellista, eikä sen läpikäymiseen ole työajan puitteissa mahdollisuuksia. Tämä johtuu hoitoalalla usein resurssien vähäisyydestä ja kiireestä. Lyhytaikaiset sijaiset toivoivat perehdytyksen sisällöltä tietoa työpaikan työtavoista ja päivärutiineista. (Ala-Fossi & Heininen 2003.)

Yleisperehdytyksen tulee koostua työhön liittyvistä keskeisistä perustehtävistä ja toimintaperiaatteista, joiden avulla perehtyjä pääsee nopeasti työhön kiinni (Ala-Fossi & Heininen 2003; Koskue 2008; Miettinen ym. 2006a; Palosaari 2006). Työyksikön periaatteet, työyhteisön jäsenet ja heidän vastuualueensa sekä yksikön yhteistyökumppanit ovat toinen tärkeä yleisperehdytyksen kokonaisuus (Miettinen ym. 2006a; Palosaari 2006). Kolmantena tulee perehdytys organisaation luonteeseen ja sen toimintaohjeisiin sekä yleistä tietoa toiminnan perusteista. (Miettinen ym. 2006a.) Kirjallisen materiaalin todettiin tukevan perehtymistä (Kallio 2008), mutta sen tulee olla ajan tasalla (Ala-Fossi & Heininen 2003). Perehdytykseen tulee varata aikaa ja se tulee huomioida työvuorosuunnittelussa. (Peltokoski 2004.)

Peltokosken (2004) tutkimuksessa nousee esiin työyksikön ja toimialueen toimintasuunnitelmaan ja periaatteisiin perehtymisen tärkeys. Ne ovat tärkeä osa uuden työntekijän oman paikan löytämisessä työyhteisöstä ja realistisen kuvan muodostamisessa työstä.

Koska leikkaus- ja anestesiahoitajilta vaaditaan erittäin korkeaa ammatillista pätevyyttä, edellyttää se valvottua ja näyttöön perustuvaa perehdytystä työyksiköissä. Perehdytyksen tulee rakentua ammatillisen pätevyyden osa-alueista ja niihin sisältyvistä hoitotyön toiminnoista sekä edellyttää tiettyä hallinnan tasoa. Sen tulee olla riittävän intensiivistä, tavoitteellista ja huomioida erikoisalakohdaiset vaatimukset. Perehdytyksestä vastaa nimetty, kokenut sairaanhoitaja sekä kirurgi tai anestesiologi. (Tengvall 2010.) Teoriaosuuksien opettamista kootusti kurssin muodossa yhteistyössä organisaation ja koulun kanssa tulisi harkita. Apuna voisi käyttää atk-pohjaisia ohjelmia ja itseopiskelua. (Huffman 1994; Saastamoinen 2005.)

Osaston tarpeista laadittu perehdytysohjelma ja sitä mukaileva tarkistuslista ovat toimivia apuvälineitä perehdytyksen suunnitteluun, etenemisen koordinointiin ja oppimisen seuraamiseen (Ketola 2010; Peltokoski 2004; Tarus 2006). Vastuuhoitajien panosta tulee hyödyntää suunnitelmallisesti, jolloin saadaan parhaat henkilöt perehdyttämään erikoisalueita (Ketola 2010; Tarus 2006). Hyvän perehdytyksen todettiin parantavan hoitotyön laatua, kehittävän tiimityöskentelyä ja lisäävän ammatillisia tietoja ja taitoja (Huffman 1995; Penprase 2000; Strauss 1994).

2.1.4 Perehdytyksen tavoitteellisuus

Perehdytyksen tavoitteena on saada työntekijä sopeutumaan ja sosiaalistumaan työyhteisöön sekä tukea hänen ammatillista osaamistaan ja asiantuntijuuteen kasvua. Perehdytys antaa pohjaa yhteistyölle ja sen avulla luodaan hyvää yhteishenkeä työyhteisöön. Se myös lisää työntekijän arvostusta ja myönteistä ilmapiiriä. Yhtenä perehdytyksen tavoitteena onkin työhyvinvointiin vaikuttaminen sekä motivointi ja organisaatioon sitouttaminen. (Miettinen ym, 2006.)

Kun uusi työntekijä otetaan työyhteisön jäseneksi myönteisessä ilmapiirissä, syntyy hänelle itselleen oma myönteinen asenne ja positiivinen kokonaiskuva työyksikköä kohtaan. Tämä motivoi ja innostaa häntä työtehtävään sekä sitouttaa hänet yksikköön. (Ala-Fossi & Heininen 2003; Huffman 1995; Kallio 2008; Koskue 2008; Miettinen ym. 2006a; Peltokoski 2004; Penprase 2000; Salonen 2004; Strauss 1994.) Perehdytyksellä luodaan pohja yhteistyölle ja hyvälle yhteishengelle, se myös vähentää yksin jäämisen ja eristäytymisen riskiä. Parhaiten organisaatioon sitoutuvat ne, joilla on nimetty perehdyttäjä tai aiempaa työkokemusta toimialalta. Työssä jaksamisen kokeminen huonoksi, yksikössä vallitseva huono motivaatio ja työhyvinvoinnin laiminlyönti perehdytyksen aikana todettiin vähentävän sitoutumista organisaatioon. (Huffman 1995; Kallio 2008; Lahti 2007.) Perehdytykseen käytetyn ajan todettiin korvaantuvan hoitajien työssä pysymisenä (Strauss 1994).

Tavoitteellinen perehdytys mahdollistaa työtehtävien oppimisen ja keskeisten tietojen ja taitojen sisäistämisen. Työyksikössä tapahtuu myös uudistumista, kun perehtyjä ja perehdyttäjä saavat uusia ajatuksia työhön ja sen kehittämiseen tavoitteellisen perehtymisen kautta. (Ketola 2010; Miettinen ym. 2006a.) Asiantuntijuuteen kasvamisessa tavoitteellinen perehdy-

tys on tärkeä tukemisen muoto. Sen avulla perehtyjästä kasvaa yksikön toimintaperiaatteet ja työtehtävät sisäistänyt ammattilainen. Tavoitteellinen perehdytys tukee ammatillista osaamista. (Ketola 2010; Miettinen ym. 2006a; Salonen 2004.)

Peltokosken (2004) mukaan suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus toteutuvat keskimäärin hyvin, mutta yksilöllisyyttä perehdytyksessä huomioidaan harvoin. Uuteen tulijaan tutustutaan harvoin etukäteen. Koskue (2008) ja Kallio (2008) toteavat myös perehdytyksen kehittämiskohteeksi juuri yksilöllisyyden huomioimisen perehdytysohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa. Yksilöllisen perehdytysuunnitelman laatimisen tärkeys korostuu erityisesti kokeneen työntekijän kohdalla. Hänellä on osaamista alalta, mutta yksikön työkäytännöt ja toimintatavat vaativat perehdytystä. Toisaalta opiskelijana yksikössä ollutta ei voida jättää ilman perehdytystä, sillä opintonsa päättänyt tarvitsee tukea ammatti-identiteettiin kasvamisessa. Myöskään yksikköön poissaolon jälkeen palaavaa työntekijää ei saa jättää ilman perehdytystä. Suunnitelmallisuus, yksilöllisyys ja tulotilanteen kartoittaminen ovat tärkeitä tekijöitä erilaisten perehtyjien onnistuneen perehdytyksen takaamisessa. (Lahti 2007.)

2.1.5 Perehdytyksen arviointi

Perehdytyksen onnistumisen arviointi on tärkeää monesta näkökulmasta. Esimies varmistaa perehdytyksen toteutumisen ja dokumentoinnin. Vertaisarviointi antaa palautetta perehdytysohjelman pätevyydestä suhteessa yksikön toimintaan ja sen kehittämiseen. Perehtyjä arvioi itse saavuttamaansa osaamista yhdessä perehdyttäjän ja esimiehen kanssa. Arvioitavia kohteita ovat perehtyminen, perehdytysohjelma ja osaaminen. Arvioinnin tulee tapahtua onnistumisen näkökulmasta tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti perehdytysprosessin edetessä ja se tulee tapahtua kirjallisesti. Jatkuva ja pitkäjänteinen arviointi tukee suunnitelmallisesti perehtyjän ammatillista kasvua. (Miettinen ym. 2009.)

Peltokoski (2004) tulee tutkimuksessaan siihen tulokseen, ettei perehdytyksen arviointia ja seurantaa toteuteta kovinkaan usein tai suunnitelmallisesti. Ainoastaan sairaanhoitajien antamaa palautetta hyödynnettiin jonkin verran, eikä poislähteneiden työntekijöiden palautetta hyödynnetty juuri lainkaan. Arviointiin ja seurantaan tulisi käyttää monipuolisia menetelmiä, jotka kohdennetaan tulokkaan ja perehdytysohjelman arviointiin. Asiakas-palautteen hyödyntäminen on yksi hyvä keino. Samansuuntaiseen tulokseen tulee myös Palosaari (2006) tutkimuksessaan, jossa hän vertaili viiden eri sairaalan perehdytysohjelmia. Myös Lahti (2007), Peltokoski (2006) ja Salonen (2004) toteavat tutkimuksissaan, että perehdytyksen seuranta, arviointi ja palaute ovat tärkeitä ammatillisen kehittymisen kannalta ja niitä tulee kehittää.

Seuranta tulee tehdä perehdytyksen aikana, heti sen jälkeen ja noin vuoden päästä esimerkiksi kehityskeskustelussa. Onko perehdytysohjelma toteutunut, oliko kesto oikea, aineiston ja menetelmien tarkoituksenmukaisuus, kertauksen tarve, oliko painopiste oikein, onko jotakin lisättävää, poistettavaa tai muutettavaa? Palautetta perehdytyksestä kannattaa ottaa

avoimin mielin vastaan, sillä siitä saadaan hyvää tietoa perehdytyksen kehittämiseen jatkossa. (Hyvä perehdytysopas 2007, 11, 25; Ketola 2010; Rainio 2005, 18.)

Perehdytyksen aikana tulee antaa rakentavaa palautetta perehdytyksen etenemisestä (Ala-Fossi & Heininen 2003; Miettinen ym 2006b). Palautejärjestelmä on tärkeä osa onnistunutta perehdytysprosessia ja se mahdollistaa oppimisen ja kasvun niin perehtyjälle kuin koko työyhteisölle. Palautte tulee olla kannustavassa muodossa, vaikka se sisältäisikin kritiikkiä. (Miettinen ym 2006b; Tarus 2006.) Osastonhoitajalla on tärkeä rooli luoda luottamuksellinen ilmapiiri työyhteisöön, jotta se pystyy vastaanottamaan perehtyjän muutosehdotukset (Miettinen ym 2006b).

Arviointimenetelmiksi sopivat ohjaavat arviointikeskustelut, kehityskeskustelut ja perehdytyksen väliarviointi yhdessä perehdyttäjän kanssa (Miettinen ym 2006b). Arvioinnissa on hyvä olla mukana perehtyjän ja perehdyttäjän lisäksi esimies. Arviointia tulee kehittää ja tähdätä ammatillisen kasvun suuntaan, jolloin se jatkuu perehdytyksen päätyttyä. (Saastamoinen 2005.) Osastonhoitajan tärkeä rooli on antaa palautetta perehtyjälle sekä yhdistää arvioinnin kautta saatua tietoa ja hyödyntää saatu palaute (Peltokoski 2004).

2.2 Perehdytysprosessi leikkaus- ja anestesiaosastolla

Leikkaustyössä lähtökohtana on perioperatiivinen hoitofilosofia, joka muodostuu humanistisista ja holistisista arvoista. Tämän arvoperustan mukaan ihminen nähdään tiedostavana, toimivana, vastuullisena, vapaana ja valintoja tekevänä kulttuuriolentona, joka on oman elämänsä subjekti. Hoidon lähtökohtana on potilas ja hänen elämäntilanteensa sekä suhde ympäröivään maailmaan. Ihmisen arvostaminen ja huomioiminen yksilönä korostuu leikkauspotilaan kohdalla erityisesti juuri leikkaussaliympäristön vuoksi. Toimenpiteet kohdistuvat kehoon, joka edustaa ihmisen elollisuutta ja koskemattomuutta. Tällöin on hyvin tärkeää ymmärtää potilaan elämäntilannetta kokonaisuutena ja mahdollistaa hänen osallistumisensa itseään koskevaan päätöksentekoon. Vastuullinen työskentely potilaan parhaaksi ja hänen etujensa ajaminen esimerkiksi yleisanestesian aikana kuuluu perioperatiiviseen hoitotyöhön. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 14–15; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 15 – 17.)

Leikkausosastolla työskentelee useita eri ammattikuntien edustajia kiinteästi yhdessä potilaan hyvän hoidon takaamiseksi. Toiminta on asiakaslähdistä, jolloin kaikkien ammattiryhmien toiminnan tavoitteena ovat potilaan tarpeet ja odotukset sellaisena kuin hän ne itse ilmaisee. Moniammatillisessa tiimityöskentelyssä jokaisen tulee tietää tehtävänsä, vastuunsa ja valtuutensa potilaan hoitoketjussa. Oman työn merkityksen oivaltaminen osana hoitoketjua on tärkeää ja potilaan näkökulma on asetettava ammatillisten intressien edelle. (Korte ym. 2000, 16–17; Lukkari ym. 2007, 20 – 22.)

2.2.1 Osaamisvaatimukset leikkaus- ja anestesiahoitotyöhön

Ammattitaito on kyky hallita koko työprosessi ajattelun tasolla ja toimia oikein vaihtelevissa tilanteissa. Ammattitaitoon kuuluu myös laaja-alainen tietojen ja taitojen tekemisvalmius, josta kulloinkin on näkyvissä vain pieni osa. Ammatillisen osaamisen syvyyteen vaikuttaa ydintehtävien osaamisen ja perusteiden hallinnan välinen kytkeä ja vuorovaikutus. (Korte ym. 2000, 15.)

Kause ja Salo (1992) ovat todenneet, että perioperatiivisessa hoitotyössä tarvitaan tietoa sekä osaamista monelta tiedon ja tieteen alalta. Empiirinen tieto on tieteellisesti todettua, objektiivista ja mitattavissa olevaa, mutta ei sulje pois tiedon subjektiivista ainutkertaisuutta ja arvosidonnaisuutta. Esteettinen tieto korostaa luovuutta ja kokemuksen tuoman opitun tiedon hyväksikäyttöä, jossa empatia on olennainen osa. Persoonallinen tieto on ammatillisen kasvun lähtökohta ja se korostaa itsetuntemusta, kykyä käyttää ja kehittää itseään hoitotyön välineenä. Esteettinen tietoperusta sisältää vastuullisuuden ja hoitotyön arvot kuvastaen vallitsevaa ihmiskäsitystä, terveysnäkemyksiä sekä ammatillisuutta. Hoitotieteen kautta tulevan tiedon lisäksi perioperatiivisessa työssä tarvitaan myös ihmisen anatomian, fysiologian, mikrobiologian, aseptiikan, sairaalahygienian, psykologian, sosiologian, kasvatustieteen, lääketieteen, anestesiologian, kirurgian, farmakologian, matematiikan, tekniikan ja tietotekniikan hallintaa. Leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentely vaatii runsaasti myös äänetöntä ammattitaitoa, jonka Kivinen (1993) on nimennyt. Äänetön ammattitaito on aistihavaintojen nopeaa yhdistelyä, tiedon arviointia ja liittämistä hoitotoimenpiteisiin. Se kehittyy pitkäaikaisen kokemuksen kautta ja osoittaa toimivuuksensa käytännössä. (Korte ym. 2000, 17–20.)

Leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentely vaatii laajaa osaamista, sillä tänä päivänä leikattavat potilaat ovat yhä sairaampia ja hoitoisuudeltaan vaativampia. Potilaina on kaiken ikäisiä, lapsista vanhuksiin. Työssä vaaditaan sitoutumista, ponnisteluja ja erityisesti päivystystyössä stressinsietokykyä, organisointitaitoa ja äärimmäisen laajaa osaamista. Toisaalta työ myös laajentaa ja monipuolistaa sairaanhoitajan osaamista. (Leinonen & Wilskman 2007, 9.) Työskentely toimivan leikkaustiimin jäsenenä edellyttää hyvää ammattitaitoa, kykyä priorisoida tehtäviä ja yhteistyöhalua. Ammattitaitoisilla työntekijöillä on usein pitkä työkokemus leikkaushoitotyöstä. Toimivan tiimin tuttuus on tärkeää, jotta tiimi voi luottaa ja auttaa toinen toistaan. Tällöin vastuunjako onnistuu sujuvasti joka taas ennaltaehkäisee virheitä. Myös teknologiaosaaminen on keskeistä turvallisessa ja tehokkaassa leikkaustoiminnassa. (Silén-Lipponen 2005.)

Työympäristönä leikkaus- ja anestesiaosasto eroaa sairaalan muista osastoista. Työ on kiivastahtista, tarkasti aikatauluihin sidottua ja siksi edellyttää intensiivistä sitoutumista työpisteeseen ja työtehtävään. Työtehtävät perustuvat moniammatilliseen tiimityöhön, jossa toimitaan jatkuvassa vuorovaikutuksessa eri ammattiryhmien kanssa. (Rokka 2005, 21–22.) Tiimityö edellyttää, että kaikki sen jäsenet tietävät työn tavoitteet ja ovat sitoutuneita saavuttamaan sen. Tiimin jäsenten tulee omata tarvittava ammatillinen osaaminen ja arvostettava toistensa taitoja. Leikkaussalutyöskentelyssä tiimityö ilmenee nopeina potilaiden vaihtoina, optimaalisina

leikkausaikoina, saliajan tehokkaana käyttönä, potilaan turvallisena ja parhaana mahdollisena hoitona, selkeänä työnjakona sekä joustavana toimintana erityisesti hätätilanteissa. (Silén-Lipponen 2005.)

Tengvall (2010) toteaa väitöskirjassaan leikkaushoitajan ammatillisen pätevyyden olevan erittäin vaativaa. Hän nimeää vaatimustasot seuraavasti: A-tasolla leikkaushoitajan ehdottomasti hallittavat hoitotyön toiminnot, joita oli 37% hoitotyön toiminnoista. B-tasolla leikkaushoitajan hallittavat hoitotyöntoiminnot, joita oli 34%. C-tasolla leikkaushoitajan osattavat hoitotyöntoiminnot, joita oli 29% hoitotyön toiminnoista. Osaamisvaatimukset leikkaushoitotyötä tekeviltä sairaanhoitajilta poikkeavat sisällöltään sairaanhoitajan yleisistä osaamisalueista. Leikkaustoiminnassa vaadittavat ammatilliset pätevyyden osa-alueet muodostavat aseptiikka ja turvallisuus, dokumentointi ja kommunikointi, leikkaushoidon tekniikka, lääke- ja anestesiahoito, hoitovalmistelut, hoidon yksilöllisyys, äkilliset erityistoiminnot ja leikkausasennot.

Anestesiahoitajan ammatillisen pätevyyden vaatimukset Tengvallin (2010) mukaan ovat myös vaativat. Heidän vaatimustasonsa nimettiin seuraavasti: A-tasolla anestesiahoitajan ehdottomasti hallittavat hoitotyön toiminnot, joita oli 32% hoitotyön toiminnoista. B-tasolla anestesiahoitajan hallittavat hoitotyön toiminnot, joita oli 46% hoitotyön toiminnoista. C-tasolla anestesiahoitajan osattavat hoitotyön toiminnot, joita oli 22% hoitotyöntoiminnoista. Anestesiahoitotyön ammatillisen pätevyyden osa-alueiksi nousi anestesia- ja lääkehoito, kommunikointi ja turvallisuus, hoitovalmistelut, anestesiahoito aloitus, yhteistehtävät, tiimi- ja ohjeistustaidot, yhteisvastuutaidot sekä erityistoiminnot.

Osaamisvaatimukset perioperatiiviselta sairaanhoitajalta ovat siis melkoiset. Lisävaatimuksensa osaamiseen tuo päivystys keskussairaalasalla, sillä kohdeosastolla leikataan virka-aikaan 12 eri erikoisalaa ja ne kaikki tulee hallita tietyiltä osin voidakseen työskennellä päivystysajalla.

2.2.2 Perehdytyksen sisältö kohdeosastolla

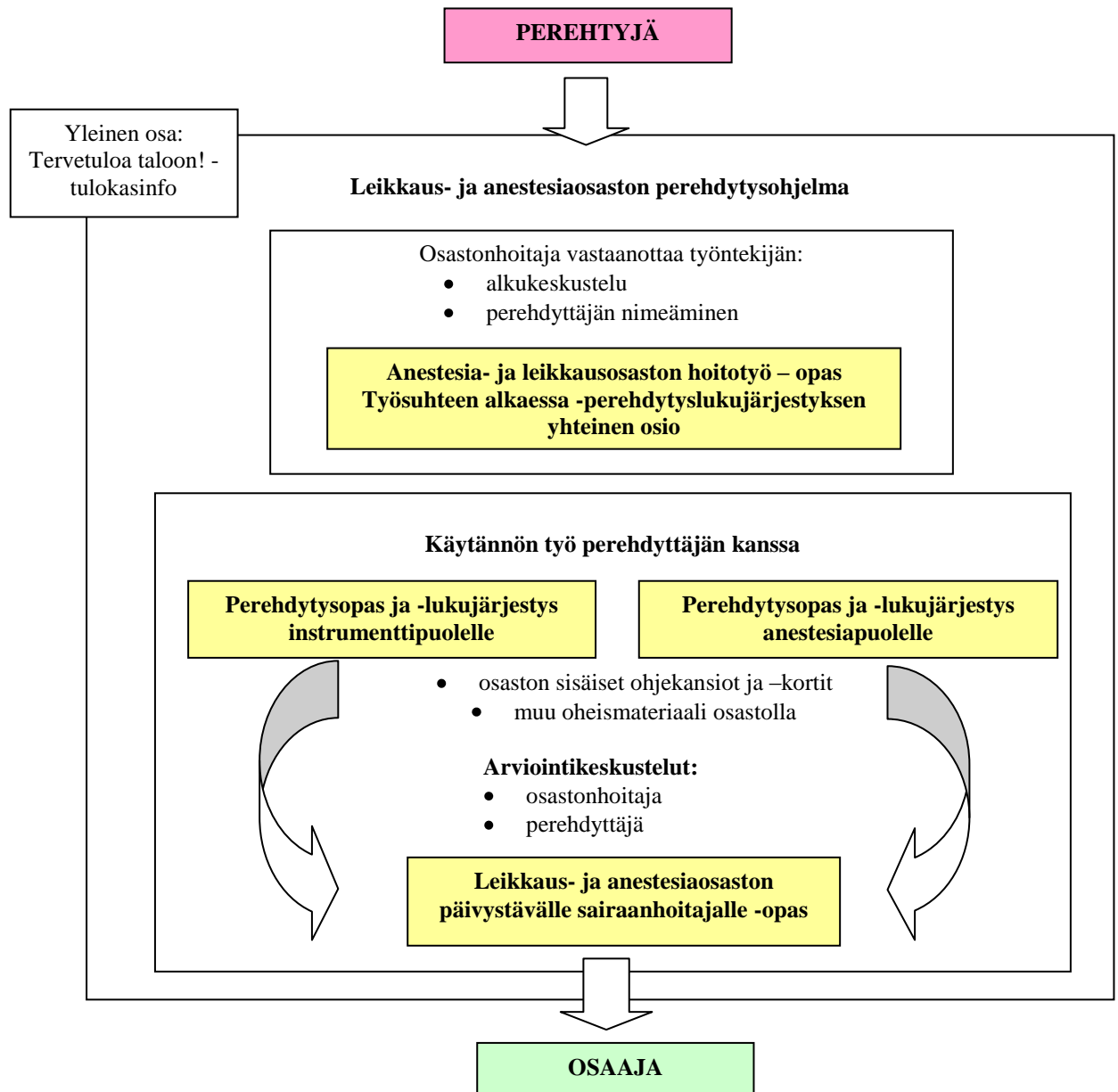
Kehittämishankkeen kohdeosasto on Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosasto, joka antaa palveluja koko Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän 11 jäsenkunnan väestömäärälle, eli noin 174 000 asukkaalle. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009.) Osastolla tehdään kaikkien operatiivisten erikoisalojen leikkauksia, sydän- ja neurokirurgiaa lukuun ottamatta yli 5000 toimenpidettä vuosittain. Osasto on alueen kolmesta leikkausyksiköstä ainoa ympärivuorokauden toimiva yksikkö. Osastoa johtaa hoitotyön osalta osastonhoitaja ja kaksi apulaisosastonhoitajaa. Osastolla toimii sairaanhoitajia erikoistuneena leikkaus- tai anestesiahoitotyöhön, lääkintävahtimestareita, osastosihteeri sekä hallinnollisesti muihin yksiköihin kuuluvia väline- ja sairaalahuoltajia. Osastoon kuuluu myös ylilääkärijohtoinen anestesia- ja lääkehoitojen ammattiryhmä sekä omana yksikkönään toimiva kipupoliklinikka. Osastolla työskennellään tiiviissä yhteistyössä eri erikoisalojen leikkaavien lääkäreiden kanssa.

Osastolla työskennellään kolmessa vuorossa, toiminnan painopisteen ollessa arkipäivissä kello 07-16. Ilta-, yö- ja viikonloppuvuoroissa työskentelee yksi kolmen sairaanhoitajan leikkaustiimi sekä heräämössä arki-iltaisin kaksi anestesiahoitajaa. Pystyäkseen työskentelemään itsenäisesti tiimin jäsenenä tulee sairaanhoitajan hallita 12 erikoisalan keskeisimmät taidot ja tiedot. Viime vuosina osaston sairaanhoitajien vaihtuvuus on ollut runsasta ja paine uudella työntekijällä itsenäiseen työskentelyyn on tullut nopeasti. Vastavalmistuneella sairaanhoitajalla ei useinkaan ole ollut osastolla vaadittavaa teorianäkökulmaa, vaan perehdytys on jouduttu aloittamaan perusteista.

Kohdeosastolla käytössä olevan perehdytysohjelman runkona on perehdytyslukujärjestys. Sen rakenne on laadittu sairaalassa käytössä olevan Oskari osaamisrekisterin pohjalta siten, että työntekijän on helppo arvioida omaa osaamistaan lukujärjestyksen pohjalta. Ohjelmassa on kaikille yhteinen osa sekä leikkaushoitotyön tai anestesiahoitotyön osa, riippuen siitä kumpaan tehtävään työntekijä on tulossa. Perehdytysohjelmaan kuuluu materiaalina Anestesia- ja leikkausosaston hoitotyö kirjanen, johon on tiivistetty osaston sairaanhoitajan työn pääpiirteet. Se on osa uuden työntekijän starttimateriaalia. Toinen kirjanen on Leikkaus- ja anestesiaosaston opas päivystävälle sairaanhoitajalle, joka sisältää tyypillisimmät päivystystoimenpiteet. Perehtyjä saa oppaan silloin, kun suunnitellaan hänen työskentelyään päivystysajalla. (Holopainen, Ilola, Nurmela & Tunturi 2008, 6) Kuviossa 3 on havainnollistettu kohdeosasto perehdytysohjelma.

Perehdytysoppaan yhteisessä osiossa kerrotaan, mikä rooli perehdytyksessä on kenelläkin ja miten lukujärjestystä käytetään. Siinä avataan enemmän lukujärjestyksen yhteisen osan perehdyttämisen osa-alueita. Leikkaushoitotyön perehdytysoppaaseen on kirjoitettu auki lukujärjestyksen perehdyttämisen osa-alueita. Anestesiahoitotyön perehdytysopas on teoriapainotteinen ja sen laatimisessa on käytetty Suomen Anestesia- ja leikkausosastojen ry:n osaamisvaatimuksia. (Holopainen ym. 2008, 6 - 7.)

Yhteisessä osiossa osastonhoitaja käy alkukeskustelun ja kertoo osaston yleisistä käytännön asioista. Osastonhoitaja suunnittelee henkilökohtaisen perehdytysohjelman työsuhteen pituuden ja työntekijän aiemman työkokemuksen huomioiden. Lisäksi hän sopii ensimmäisestä palaute- ja arviointikeskustelusta. Osastonhoitaja esittelee uuden työntekijän nimetylle perehdyttäjälle ja perehdytys työtehtävään alkaa vastaavan/vastaavien nimettyjen perehdyttäjien toimesta. Leikkaus- ja anestesiaosaston omassa perehdytysohjelmassa osaston yhteisen osion jälkeen perehtyjä erikoistuu joko anestesiaan tai instrumenttipuoleen (leikkaus) sijoituksestaan riippuen. (Holopainen ym. 2008, 7.)



Kuvio 3 Kohdeosaston perehdytysohjelman rakenne (Holopainen, ym. 2008, 8).

Leikkaus- ja anestesiaosastolle töihin tuleva työntekijä osallistuu Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin yleiseen Tervetuloa taloon! -tulokasinfoon. Siellä käydään läpi sairaanhoitopiirin toimialueet ja yksiköt, hallinto, organisaatio, toiminta-ajatus, strategiat sekä palvelussuhteeseen liittyviä käytännön asioita. Infoja järjestetään noin kerran kuukaudessa. Varsinainen työhön perehtyminen tapahtuu käytännön työssä erikoisaloilla perehdyttäjän ja vastuuhoitajien opastamana. Apuvälineenä käytetään osaston sisäisiä ohjekansioita ja -kortteja sekä instrumentti- tai anestesiapuolen perehdytysopasta ja -lukujärjestystä. Perehdytyksen edetessä hoitajan työkuva laajenee siten, että hän aloittaa työskentelyn ilta-, yö- ja viikonloppuvuoroissa. Leikkausosaston päivystävälle sairaanhoitajalle -opas on tiivistelmä virka-ajan ulkopuolisesta työstä ja sen erityispiirteistä, jotka pitää vähintään hallita. Palaute- ja arviointikeskusteluissa on tarkoituksenaan kertoittaa hoitajan senhetkistä osaamista ja ohjata perehdytystä. Arvioinnin työvälineeksi on kehitetty perehdytyslukujärjestys. Tavoitteena on, että

perehtyjästä kasvaa osaaja, joka pystyy jatkossa ohjaamaan seuraavia perehtyjä. (Holopainen ym. 2008, 7.)

Perehdytysohjelma on selkiyttänyt käytännön leikkaus- ja anestesiaosaston hoitotyön kuvaa osastolla niin uusille kuin kokeneillekin hoitajille. Se ei ole kuitenkaan päässyt toimimaan parhaalla mahdollisella tavalla, eikä kaikkiin sen asettamiin tavoitteisiin ole päästy. Varsinkaan tavoitteellinen arviointia ja työntekijän aiempaa kokemusta huomioiva henkilökohtainen perehdytysohjelman suunnittelu eivät ole toteutuneet. Syitä miksi näin ei ole tapahtunut tutkija selvittää tämän hankkeen lähtötilanteen kartoituksessa kappaleessa 5.1.

2.2.3 Toimintakulttuurin vaikutus perehdytyksen onnistumiseen

Airaksisen mukaan (1987) toimintakulttuuri tarkoittaa monitahoisesti työyhteisön rakenteisiin, toimintakäytäntöihin ja työyhteisön arvoihin ja päämääriin vaikuttavia periaatteita hyväksyttävästä toiminnasta. Toiminnan motiiveja, tarkoitusta ja päämääriä ohjaavat arvot. Schein toteaa (2004) työyhteisön ytimenä olevan oppimisen ja työn kautta muodostuneet arvot, uskomukset ja oletukset. Edellä mainittuja käsityksiä ohjaa kuitenkin voimakkaasti myös pitkän ajan kuluessa opitut tiedostamattomat ja itsestään selvinä pidetyt perusolettamukset. Näistä johtuen työyhteisöjen kulttuurimuutokset ovat hitaita ja osin vaikeitakin. Muutostilanteissa pyritään usein vaikuttamaan työyhteisökulttuurin näkyvämpään osaan eli toimintakäytäntöön. Se ei kuitenkaan riitä, vaan muutosta haluttaessa tulee tehdä näkyväksi työyhteisökulttuurin näkymättömät perusolettamukset, kuten arvot, uskomukset ja päämäärät. Vain näitä työstämällä voidaan oppia pois ei-toivotuista olettamuksista. Samalla juurrutetaan uusia perusolettamuksia yhteisen onnistumisen ja oppimiskokemusten avulla. (Sarajärvi ym. 2011, 19 - 20.)

Työyhteisössä tulee tunnistaa, tunnustaa ja määritellä toimintakulttuurin muutostarve, sillä muuten ei muutosta saada aikaan. Esimiehillä on muutostilanteissa merkittävä rooli uuden toimintakulttuurin luomisessa. Heiltä saatu tuki ja muutosmahdollisuuksien luominen sekä muutoksen ylläpitäminen on onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Muutoksen ja esimiesten toiminnan muutoksessa tulee perustua näyttöön ja sen tulee ilmetä puheissa ja teoissa. (Sarajärvi ym. 2011, 20 – 21.)

Silén-Lipponen (2005) on väitöskirjassaan tutkinut leikkausosastojen tiimityötä suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten sairaanhoitajien ja sairaanhoidon opiskelijoiden kokemusten näkökulmasta. Lisäksi hän on tutkinut tiimi-käsitteen ilmenemistä ja soveltuvuutta leikkaustoimintaan aikaisemman kirjallisuuden perusteella. Tutkimuksesta nousee tuloksia, jotka ovat tunnistettavissa myös kohdeosastolla. Niiden vaikutus perehdytykseen ja sen kehittämiseen tulee ottaa huomioon myös tässä kehittämissankkeessa.

Yleinen käsitys leikkausosastoista ei ole kovin selkeä, edes monelle ammattilaiselle joka ei ole siellä työskennellyt. Suljettujen ovien takana tapahtuva työ on saanut jopa mystisiä piirteitä. Tämä vaikuttaa siihen, ettei

leikkausosastoa koeta houkuttelevana työympäristönä. Kuten edellä on todettu, leikkaussalitietyössä korostuu tiimityö. Siihen kuuluu turvallisuuden ylläpitäminen, joka näkyy työssä sääntöinä, toistuvina varmistuksina ja rutiininomaisena valvontana. Lisäksi korostuu työn organisointi optimaalisen leikkausjärjestyksen ja täsmällisen aikataulutuksen vuoksi. Leikkaussalitietyö vaatii samanaikaisesti monien asioiden hallintaa ja tiimityötä leimaa yleisesti kiire. Muuttuviin tilanteisiin tulee reagoida nopeasti, ennakkoimattomuutta ja tiimien kokoonpanon toistuvia muutoksia sekä tunteimattomilla erikoisalueilla työskentelyn aiheuttamaa epävarmuutta tulee sietää. Tämä kaikki asettaa kovia vaatimuksia työhön tulevalle työntekijälle, lisäksi ne aiheuttavat työskentelyyn ei toivottuja piirteitä. (Silén-Lipponen 2005.)

Tiimin jäsenten korkea ammattitaito korostui sujuvana työskentelynä, mutta jos tiimin jäsenenä oli kokemattomampi hoitaja, suorituskyvyn todettiin heikkenevän. Saman ilmiön aiheutti kokenut työntekijä, jonka yhteistyötaidot olivat huonot. Tiimeissä todettiin olevan vaikea sietää myös erityistä hitautta, väsyneisyyttä, liiallista tunteellisuutta ja epävarmuutta. Paineenalaisena leikkaustiimeissä työskentelyä luonnehti myös täydellisyyden tavoittelu, jolloin virheet eivät olleet sallittuja. Jos niitä ilmeni, niistä puhuttiin julkisesti arvioivaan ja syyttelevään tyyliin. Tiimit, joissa työntekijät tunsivat toisensa hyvin, pystyivät jakamaan vastuuta ja sillä tavoin ehkäisemään virheitä. Ammatillinen epävarmuus ja stressin siedon kyvyttömyys sen sijaan johtivat vaaratilanteisiin. Koska virheitä yritettiin peitellä, pelko niistä lisäsi epävarmuutta, joka taas saattoi altistaa uusiin virheisiin. (Silén-Lipponen 2005.)

Työn luonteesta johtuvaa jatkuvaa epävarmuuden sietämistä lisäsi epäkollegiaalinen käytös, työntekijöiden haluttomuus kommunikoida keskenään ja tehtävien välttely. Tämän todettiin johtavan siihen, että hoitajat olivat yleisiä tiedonvälittäjiä ja altistuivat toisten kiukuttelulle. Tiedonkulun puutteet saattoivat johtaa väärinkäsityksiin ja siten vaaratilanteisiin potilaan hoidossa. Hankaluuksia saattoi esiintyä kirurgien ja anestesiaalääkäreiden sekä hoitajienkin välillä. Yhden ”hankalan tyylin” läsnäolon todettiin vähentävän tehokkuutta ja aiheuttavan haluttomuutta työskennellä yhdessä. (Silén-Lipponen 2005.)

Opiskelijoiden näkökulmasta leikkaussaliympäristö auttoi ymmärtämään todellisen tiimityöskentelyn ja ryhmädynamiikan merkityksen. He kuvasivat hoitajien ammattitaitoa täsmällisenä toimintana, luovuutena ja huumorina, joka johti sujuvaan yhteistyöhön ja potilaan turvalliseen hoitoon. Ilmapiiirin he kuvasivat rennoksi ja epäviralliseksi, jonka todettiin myös kiehtovan. Toisaalta opiskelijat kuvasivat tiimityön stressaavaksi, sillä leikkausosasto oli toimintatavoiltaan ja ihmissuhteiltaan muusta hoitotyöstä poikkeava ympäristö. Tasapainoinen tiimi oli heistä teknisesti orientoitunut, sosiaalisesti kypsä ja toiminnaltaan joustava. Toisaalta tekniset tiimit olivat tunneköyhiä, eikä niissä ollut tilaa toisen huomioonottavalle keskustelulle. Niissä ei siedetty epävarmuutta ja uusia jäseniä, kuten perehtyjä tai opiskelijoita ei niihin haluttu. (Silén-Lipponen 2005.)

Ala-Fossin ja Heinisen (2003) tutkimuksen mukaan sijaiset kokivat, että heidän odotetaan osaavan ja tietävän samat asiat kuin vakituisesti tai pitkäaikaisesti osastolla työskennelleet työntekijätkin. He kokivat myös, että pääseminen työyhteisöön sisälle oli vaikeaa. Heitä ei otettu vakavasti, koska he kuitenkin lähtevät pian pois. Ulkopuolisuuden tunne saattoi joutua myös sijaisen omasta asennoitumisesta työhön ja työyhteisöön. Oman roolin löytämistä työyksikössä helpotti saatu perehdytys ja erityisesti nimetty perehdyttäjä (Ala-Fossi & Heininen 2003; Peltokoski 2004; Tarus 2006). Ilman tietoa siitä, mitä kaikkea hoitajan tehtäviin kuuluu, oli vaikea tietää mitä kaikkea tulee tehdä (Ala-Fossi & Heininen 2003; Tarus 2006). Toimiva vuorovaikutus ja kannustus tukevat myös perehdytystä (Ketola 2010).

Ilmapiirin todettiin olevan yksi keskeinen tekijä onnistuneen perehdytyksen takaamisessa. Hyvä vastaanotto ja osastolla vallitseva oppimista tukeva ilmapiiri sitouttaa uuden työntekijän työpaikkaan. Osastonhoitajalla on ilmapiirin luomisessa tärkeä ja sitoutumista tukeva rooli. (Ala-Fossi & Heininen 2003; Miettinen 2006b; Peltokoski 2004; Tarus 2006.) Osastonhoitaja pystyy vaikuttamaan perehdyttämällä myönteisen kuvan syntymiseen organisaatiosta ja sitä kautta myös imagoon (Peltokoski 2004).

Hyvä ja toimiva perehdytysuhdekaan ei auta, jos muu henkilökunta käyttäytyy alentavasti. Osastonhoitajan tavalla johtaa ja arvostaa työntekijöiden työpanosta on suuri yhteys osastolla vallitsevaan ilmapiiriin. Ilmapiirillä todettiin olevan selkeä yhteys kuinka psyykkisesti kuormittavana työ koettiin ja millainen oli kokonaiskokemus perehdytyksestä. (Tarus 2006.)

2.3 Näyttöön perustuva kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) on linjannut näyttöön perustuvan toiminnan olevan parhaaseen mahdolliseen saatavissa olevaan ajantasaiseen tietoon ja sen harkittuun käyttöön perustuvaa toimintaa, jolla edistetään potilaan hoitoa. Näillä keinoilla pystytään lisäämään hoitotyön vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Siitä syystä näyttöön perustuvaa toimintaa tulee käyttää paitsi potilaanhoidossa, myös hoitotyön johtamisen ratkaisuisa.

Paras ajantasainen tieto tarkoittaa saatavilla olevaa tutkimustietoa tai muuta luotettavaa näyttöä asiasta, joka voi olla työntekijöiden kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista sekä asiakkaalta saatua tietoa. Kun hyödynnetään tutkimusnäyttöä, tulee ottaa huomioon näytön vahvuus. Se vaihtelee käytetyn tutkimusasetelman ja tutkimuksen laadun mukaan. *Harkittu tiedon käyttö* tarkoittaa hoitotyöntekijän päätöksenteossaan tekemää arviota eri menetelmien hyödyistä ja haitoista. Arviossa otetaan huomioon kliininen asiantuntemus, yksittäisen asiakkaan tilanne ja toivomukset sekä toimintaympäristö ja resurssit. Kullekin asiakkaalle räätälöidään edellä mainitun näytön perusteella yksilöllisesti sopiva ratkaisu. (Elomaa & Mikkola 2008, 9 – 12; Sarajärvi ym. 2011, 12 – 15.)

Näyttöön perustuva kehittäminen on yksi tutkimustiedon käyttötapa, jota usein käytetään perustelemaan kehittämisen tarvetta ja tukemaan muutosten toteuttamista (Elomaa & Mikkola 2008, 12). Näyttöön perustuvassa kehittämisessä yhdistyy tieteelliseen tutkimusnäyttöön hoitotyöntekijän hyväksi havaittu toimintanäyttö, asiakkaan omaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta. Tiedon arviointi ja sen käyttäminen aiheuttaa usein muutosta ja aiempaa kehittyneempää toimintatapaa, mutta se voi myös antaa tukea käytössä olevalle toiminnalle vahvistamalla sitä. (Sarajärvi ym. 2011, 12.)

Tieteellinen tutkimus on arki ajattelun ja päättelyn jatke. Se pyrkii systemaattisuuden avulla vähentämään arki ajattelun heikkouksia, joita ovat mm. epäluotettavat ja valikoivat havainnot, liiallinen yleistäminen omiin havaintoihin perustuen, epäjohdonmukaisuus, logiikan puute, lyhytjänteisyys ja asioiden tarkastelu irrallaan yhteyksistään. Tieteelliselle tiedolle on osoitettu oma teoriapohja, selvästi ilmaistu perusmotiivi ja merkityssuhteet. Se myös ilmenee usein teoriana, joka kuvailee, selittää, ennustaa tai ohjaa käsiteltävää ilmiötä. Tieteellisen tutkimuksen tuloksena syntyy tieteellinen tieto. Tutkimus perustuu tieteellisen tiedon hallinnan systemaattisuuteen sekä tiedon yleisyyteen ja luotettavuuteen. (Sarajärvi ym. 2011, 25 – 26.) Tämän hankkeen tieteellinen pohja perustuu parhaan ajan tasalla olevan tiedon avulla tehtyyn perinteiseen kirjallisuuskatsaukseen. Lähteitä tutkija on etsinyt tiedonhakuprosessin avulla pyrkien systemaattisuuteen. Tiedonhakuprosessi esitellään tarkemmin luvussa 4.2.1 Tutkimustieto.

Hoitotyön asiantuntijalla on kokemuksellista tietoa, joka on saatu useissa erilaisissa käytännön hoitotilanteissa. Siihen kuuluu ymmärrys hoitotyön vaikuttavuudesta potilaan, organisaation ja koko yhteiskunnan näkökulmasta. Kokemuksen kautta hoitotyöntekijä oppii mitä pitää tietää, miten toimia ja millainen toiminta antaa parhaan mahdollisen tuloksen. Tällainen asiantuntijan kokemukseen perustuva tieto on hyväksi havaittua. Siinä yhdistyvät hyvän käytännön tunnistaminen, arviointi, tiivistäminen ja soveltaminen käytäntöön. (Sarajärvi ym. 2011, 53 – 55.) Asiantuntijuus voi olla kollektiivista osaamista, jossa asiantuntijuus muodostuu työyhteisön yhteisestä ymmärryksestä, kollektiivisen tietoperustan kehittämisestä ja käyttämisestä sekä keskinäisestä riippuvuuden merkityksestä. Näin ollen asiantuntijuuden muodostaa usean henkilön työyhteisö, joka luo yhteistä osaamista toimintaansa. (Sarajärvi ym. 2011, 50.) Tässä kehittämishankkeessa kokemukseen perustuva näyttö nousee hoitohenkilökunnalle ja osastolla työskenteleville erikoislääkäreille suunnattujen kyselyiden tuloksista sekä hoitohenkilökunnan palaverissa ja työryhmässä työstetyistä tuotoksista.

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa toiminnan kohteena olevan asiakkaan tarpeiden, odotusten, toiveiden ja omaan kokemukseen perustuvan tiedon huomioimista. Toiminnan perustana ei ole organisaatiosta tai hoitotyöntekijästä lähtevät tavoitteet, vaan asiakkaasta lähtevät. Hän on yhdenvertainen muiden kanssa ja juuri tämä on asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen ydin. (Sarajärvi ym. 2011, 70.) Asiakkaalta saadaan tietoa eri keinoin hänen tilanteestaan, joka on yksi eritasoinen näyttöön perustuvan päätöksenteon tiedonlähde (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Tämä kehittämissanke keskittyy kohdeosaston toiminnalliseen kehittämiseen, joten potilas

ei ole hankkeen kehittämisen kohteena suoraan. Tästä syystä tutkija mieltää perehtyjän asiakkaaksi, jonka tarpeista perehdytyksen tulee lähteä. Vertaus ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteinen, sillä kohdeosaston tarpeet ja tavoitteet perehdytykselle vaikuttavat myös. Tavoitteena oleva muutos toimintatavassa koituu kuitenkin välillisesti myös potilaan hyväksi (Elomaa & Mikkola 2008, 12). Hankkeen seuranta- ja arviointivaiheissa saatiin perehtyjiltä suoraan omakohtaista ja kokemuksellista tietoa, jolloin asiakkaan näkökulmasta tulee myös oma perusteltu kokemus ja näkemys aiheeseen.

Käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta tarkoittaa käytettävissä olevia mahdollisuuksia ja aineellisia resursseja, kuten taloudelliset resurssit. Näillä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ajankäytön mahdollisuuksia sekä ajanmukaisia tiedonhankintavälineitä. (Sarajärvi 2009, 13; Sarajärvi ym. 2011, 126.) Osaston toiminnan luonne sekä hankkeen suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheiden käytettävissä olevat resurssit loivat pohjan hankkeen etenemiselle ja onnistumiselle.

Toiminnan kehittämistä näyttöön perustuen voidaan toteuttaa monilla eri menetelmillä ja kehittämishankkeilla. Työyhteisöissä kehittämishankkeet ovat hyviä keinoja saada aikaan haluttu muutos. Niiden tarkoituksena on vahvistaa työyhteisön toimintaa asetettujen tavoitteiden suuntaan. Hankkeen onnistumisen kannalta on tärkeää tunnistaa muutostarpeet ja niiden tarpeellisuus, osallistaa henkilökunta kehittämishankkeeseen ja suunnitella miten muutosprosesseja johdetaan. Näyttöön perustuva kehittäminen ei varsinaisesti eroa mistään muusta kehittämishankkeesta, vaan se etenee tietyn prosessin mukaan. Toimintatutkimus on menetelmänä erittäin käytökelpoinen työyhteisön kehittämisessä näyttöön perustuen. (Sarajärvi ym. 2009, 100 – 101, 111, 115.) Miettisen ym. (2006b) ja Peltokosken (2004) tutkimustulosten mukaan perehdyttämisen laatua ja vaikuttavuutta tulee kehittää systemaattisen arvioinnin lisäksi näyttöön perustuvilla menetelmillä. Kun perehdytystä kehitetään näyttöön perustuen, luodaan valmiudet kyseenalaistaa vallitsevia perehdytyskäytäntöjä. Näin saadaan uusia ja toimivia menetelmiä käyttöön.

2.4 Keskeiset käsitteet

Tämän kehittämishankkeen keskeisiä käsitteitä ovat *perehdytysprosessi*, *leikkaus- ja anestesiaosasto* sekä *näyttöön perustuva kehittäminen*. Ne nousevat paitsi teoria- ja tutkimustiedosta, myös kehittämishankkeen työelämän kohdeosastosta ja sen ympäristöstä. Hankkeen keskeinen teema on perehdytysprosessi, mutta sitä ei voida kehittää laadukkaasti ilman näyttöön perustuvaa näkökulmaa. Nämä yhdessä muodostavat toisiaan tukevan teoreettisen viitekehyksen, mutta sen käytäntöön tuomiseen vaikuttaa merkittävästi leikkaus- ja anestesiaosaston ympäristö ja toimintakulttuuri. Tämä on juuri seikka, joka tekee hankkeesta työelämälähtöisen ja haasteellisen.

Perehdytysprosessi muodostuu vastuusta, suunnitellusta jaksotuksesta, prosessin sisällön kuvauksesta, tavoitteellisuudesta ja arvioinnista. Vastuun perehdytyksestä määrittelee laki, jossa todetaan vastuunkantajaksi

esimies. Tarkoituksenmukaisempaa on kuitenkin, että käytännön työtä tekevä ammattilainen perehdyttää uutta työntekijää. Esimiehen tehtäväksi tulee, kuten muussakin tämän päivän johtamisessa mahdollistaa hyvä perehdytys resurssein, säännöin ja olosuhtein sekä seurata sen toteutumista. Nimetyn perehdyttäjän vastuulla on tukea ja ohjata uusi työkaveri sisälle työhön ja työyhteisöön. Hänen vastuullaan on paljon se, kantavatko rekrytointiin käytetyt resurssit hedelmää. Uusi työntekijä ei perehtyjänä ole vailla vastuuta, vaan hänellä on vastuu omasta oppimisestaan. Perehdytyksen jaksottaminen on tärkeää paitsi sisällön suhteen, myös ajallisesti. Tällä voidaan suuri kakku lohkoa osiin, jolloin sitä pystyy hallitsemaan. Sisällöllisesti perehdytys alkaa jo rekrytointivaiheessa ja sen herkimpiä vaiheita ovat ensivaikutelma ja vastaanottaminen. Ensivaikutelmaa ei pystytä antamaan kuin kerran ja sillä on usein voimakas vaikutus. Perehdytyksen ajallinen jaksotus on vaikeaa, koska siihen vaikuttaa yksilöllisyys ja tarkastelunäkökulma. Tästä johtuen perehdytyksen jaksotus tulisi suunnitella yksilöllisesti. Perehdytysprosessin sisällöllisen oppimisen kautta tapahtuva ammatillinen kasvu on oppimisprosessi, josta hyötyy perehtyjän lisäksi koko työyhteisö. Oppimiseen vaaditaan avoin ja arvostava ilmapiiri, jossa omia työkäytäntöjä ollaan valmiita tarkastelemaan. Perehdytykselle tulee asettaa tavoitteet, niin yksilön näkökulmasta kuin myös organisaation näkökulmasta. Tavoitteiden saavuttamista tulee arvioida ja tehdä niiden pohjalta jatkosuunnitelma. Tavoitteet ja niiden arviointi motivoi ja kannustaa perehtyjää.

Leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentely vaatii laajaa osaamista monelta taholta, stressinsietokykyä ja sosiaalisia taitoja. Työskentely on hyvin intensiivistä ja aikataulutettua, mutta sisältää kuitenkin usein ennalta arvaamattomia muutoksia. Työtä tehdään moniammatillisissa tiimeissä, joiden kokoonpano muuttuu jatkuvasti. Lisää osaamisvaatimuksia ja haasteita tuo päivystysaikainen työskentely, jolloin osaaminen tulee olla hallussa kaikilta 12 erikoisalalta. Kohdeosastolle oli laadittu tarpeisiin vastaava perehdytysohjelma, mutta kuten niin usein, se ei elä arjessa. Leikkaus- ja anestesiaosaston toimintakulttuuria kuvaa yleinen kiire ja tehokkuus, jossa tulee hallita useita asioita samaan aikaan. Hitautta, epävarmuutta ja liiallista tunteellisuutta toiminnassa ei hyväksytä. Myös virheitä pelättiin ja mahdollisesti peiteltiin. Nämä seikat eivät ylläpidä kollegiaalisuutta, mitä sellaisessa yhteisössä juuri tarvittaisiin. Toisaalta kuitenkin leikkaussalityöskentely on rentoa ja epävirallista, joka kiehtoo.

Näyttöön perustuva kehittäminen on tämän päivän työelämälähtöisen kehittämisen ja päätöksenteon perusta. Sen avulla voidaan saada paras mahdollinen ajantasainen tieto hyödynnettyä. Se ei kuitenkaan perustu vain tutkimustietoon vaan sen avulla voidaan ottaa ainutlaatuisesti mukaan ammattilaisten osaamiseen perustuva näyttö. Lisäksi siinä huomioidaan asiakkaan näkökulma, joka on tärkeä. Sillä, mikäli asiakas ei toimi kuten tutkitun tiedon ja ammattilaisten kokemuksen osoittamat suunnitelmat ohjaavat, ei lopputulos ole toivotun kaltainen. Vaikka asiakkaankin näkökulma on huomioitu, eivät suunnitelmat siltikään toteudu, kuten hankkeen kohdeosaston perehdytysohjelma. Tämä johtuu ainakin osaksi siitä, että resurssit ei ole huomioitu suunnittelussa. Näyttöön perustuva kehittämi-

nen pyrkii ottamaan nämä kaikki seikat huomioon ja sitä kautta pääsemään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen.

3 KEHITTÄMISONGELMA JA TAVOITTEET

Tämän työn kehittämisiongelma on, miten perehdytysprosessia voidaan kehittää leikkaus- ja anestesiaosastolla näyttöön perustuen siten, että tehokkaalla, yksilöllisellä ja kannustavalla perehdytyksellä uusi sairaanhoitaja saadaan työskentelemään itsenäisesti osana tiimiä?

Tavoitteena on saada leikkaus- ja anestesiaosastolle näyttöön perustuva ja käytännössä toimiva perehdytysprosessi.

1. Tehokas: kaikki saavat samansisältöisen tiedon. Perehdytys etenee systemaattisesti kohti tavoitetta.
2. Yksilöllinen: huomioidaan uuden työntekijän aiempi koulutus ja kokemus.
3. Kannustava: perehtymistä pystytään seuraamaan ja työntekijää tukemaan tarvittavilla osa-alueilla sekä antamaan palautetta.

4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Hankkeessa yhdistyi näyttöön perustuen tutkimus- ja teorian tieto perehdytyksestä sekä perehdytyksen käytännön kokemukset moniammatillisesti keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolta. Hankkeeseen osallistui osastolla työskentelevä henkilökunta ja tuloksien avulla pyrittiin saamaan aikaan uusi toimintatapa perehdyttää uutta sairaanhoitajaa työhönsä. Kehittämishankkeen tutkimukselliseksi lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus. Hankkeen eteneminen täytti toimintatutkimuksen kuvaukset analyyttisestä ja refleктоivasta ongelmien ratkaisusta, joilla pyrittiin arvioinnin ja kokeilun kautta kehittämään teoriaan ja käytäntöön pohjautuva uusi menetelmä (Heikkinen 2007, 209; Heikkinen & Jyrämä 1999, 25). Jotta henkilökunta saatiin mukaan hankkeen tuomaan muutokseen, perusteltiin heille muutosta näyttöön perustuvan tiedon kautta. Hankkeessa käytettiin myös osallistavaa OPERA -menetelmää, jolla pyrittiin sitouttamaan henkilökuntaa käsiteltävään asiaan. Hankkeen loppuarviointiin käytettiin sen aikana muodostunutta aineistoa sekä laadullista ja määrällistä kyselyä.

4.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä, vaan tutkimusstrateginen lähestymistapa. Sen sisällä voidaan käyttää useita erilaisia tutkimusmenetelmiä. Toimintatutkimuksen ensisijainen tarkoitus on tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa. Sen yhtenä perinteisenä määritelmänä voidaan pitää niin sanottua osallistavaa toimintatutkimusta. Siinä korostuu kohdeyhteisön jäsenten osallistuminen kanssatutkijoina koko tutkimusprosessiin alusta loppuun saakka varsinaisen tutkijan rinnalla. Toimintatutkimus sopii toiminnallisessa ympäristössä tapahtuvan ongelman ratkaisemiseen ja muutoksen aikaansaamiseen yhdistämällä teorian tietoa ja käytännön

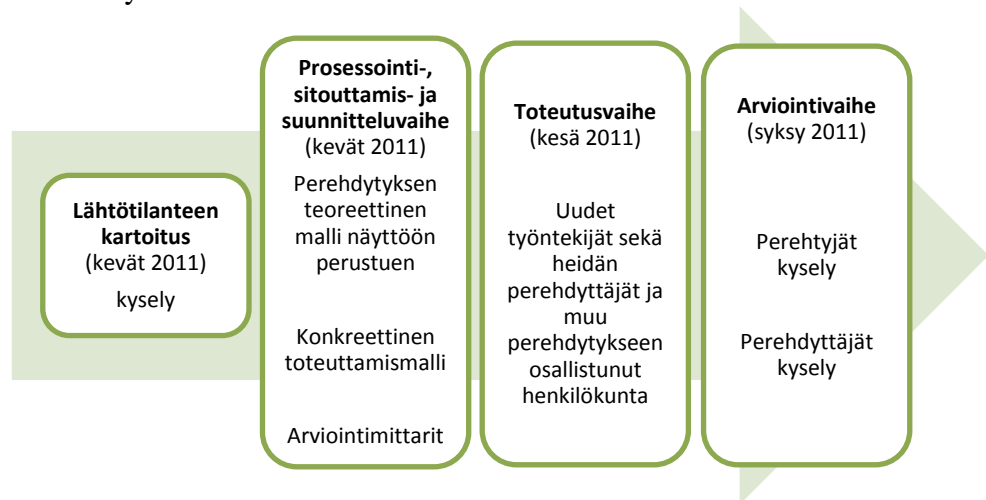
kokemuksellista tietoa. (Heikkinen 2007, 196 – 197, 206; Heikkinen & Jyrkämä 1999, 49 – 55; Metsämuuronen 2008, 29)

Toimintatutkimuksen keskeisenä piirteenä on saada ihmiset reflektoimaan, eli tarkastelemaan toimintaympäristöään ja toimintaansa kriittisesti, tiedostamaan muutoksen tarve ja toimimaan sen aikaansaamiseksi sekä näkemään oman toimintansa ja ajattelunsa uudesta näkökulmasta, joka mahdollistaa pohtimisen, miksi ajattelen tai toimin juuri näin. Muutosten aikaansaaminen toimintatavoissa ei onnistu, elleivät työntekijät ole vakuutuneita sen tarpeellisuudesta ja suunnasta. Toiminnan kehittäminen etenee samalla kun toimintatutkimus etenee itsereflektiivisenä kehänä suunnittelusta toimintaan, sen havainnointiin ja reflektointiin, aloittaen kehän jälleen uudelleen. (Eskola & Suoranta 2000, 127; Heikkinen 2007, 201 – 206; Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36 – 39; Lauri 2006, 114-115.)

Keskeisenä menetelmänä toimintatutkimuksessa on keskustelu yhteisesti hyväksytyistä näkemyksistä. Kohteena olevalle ryhmälle tuodaan tarkasteltavaksi erilaiset väitteiden ja tietojen perustelut. Tutkija dokumentoi ryhmän keskustelua ja siinä esiin nousseita näkemyksiä, toimintaa sekä asetettuja tavoitteita. Hän välittää ryhmälle tieteellistä tietoa, jäsentää työskentelyä, esiin nousseita ajatuksia ja ongelmanratkaisumalleja. Hän välittää tietoa myös muille projektissa mukana oleville ja heidän ajatuksiinsa ryhmälle. Tarkoituksena on välttää pelkästään arkitiedon varassa toimiminen. Tutkijan rooli on toimintatutkimuksessa tutkiva ja samalla osallistuva, jolloin hän voi suoraan käyttää saamiaan tietoja hankkeen hyväksi. (Anttila 1996, 320)

Toimintatutkimus etenee syklisenä prosessina seuraavissa vaiheissa: 1) kartoitusvaihe, 2) prosessointivaihe, 3) sitouttamisvaihe, 4) suunnitteluvaihe, 5) toteutusvaihe ja 6) arviointivaihe. *Kartoitusvaiheessa* selvitetään kohdeyhteisön sen hetkinen tilanne ja keskeiset toiminnan kehittämisen esteenä olevat ongelmat. *Prosessointivaiheessa* käsitellään esiin nousseita ongelmia, jotka pyritään tiedostamaan sekä kartoittamaan muutoshalukkuutta. Ilman tätä ei ole mahdollista saada muutosta aikaan. *Sitoutumisvaihe* alkaa jo prosessointivaiheessa ongelmien tiedostamisena ja muutostarpeen hyväksymisenä. Sen jälkeen asetetaan tavoitteet toiminnan uudelleensuuntaamiselle ja kartoitetaan erilaisia vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi. *Suunnitteluvaiheessa* laaditaan kokonaistavoitteet ja konkreettiset osa-tavoitteet sekä määritellään niihin pääsemiseksi tarvittavat keinot. Lisäksi laaditaan seuranta- ja arviointimenetelmät, joiden avulla voidaan arvioida tavoitteiden toteutumista. *Toteutusvaiheessa* toteutetaan suunnitelmat ja arvioidaan niiden toteutumista ja seurataan etenemistä. Vastuuhenkilön tulee hahmottaa vastuunsa ja johtajuuden merkitys kokonaisuuden hallinnan kannalta. Hän vastaa aikatauluista, tavoitteiden saavuttamisesta ja hankkeen sisällön tuntemisesta. Hänen tulee olla tavoitettavissa ja pystyttävä ratkaisemaan esiin tulleita haasteita, motivoitava osallistujia ja luotava innostunut ilmapiiri. Jotta hän onnistuu tehtävässään, hänellä tulee olla valta ja resurssit toteuttaa suunnitelma. Osallistujien tulee tuntea tavoitteet ja pystyä yhteistyöhön. Heidän tulee tuoda omia ajatuksiaan yhteiseen pohdintaan ja keskusteluun sekä toteuttaa jatkuvaa arviointia. *Arviointivaihe* alkoi jo suunnittelu- ja toteuttamisvaiheen seurannasta ja jatkuu

lopullisten tulosten arviointiin suunnitelluilla arviointimenetelmillä. Viimeinen vaihe on hyväksymisvaihe, jossa aikaansaatu muutos vakiintuu toimintamalliksi. (Lauri 2006, 115 – 118.) Hankkeen kehittämisasetelma on esitetty kuviossa 4.



Kuvio 4 Toimintatutkimukseen pohjautuva kehittämisasetelma (Lauri 2006, 132).

Kritiikkinä toimintatutkimusta kohtaan on esitetty (Hodgkinson 1957, Alt-richter & Gstettner 1993 ja Hammersley 1993) tutkimuskohteen olevan tilanteeseen sidottu, otos rajoittunut eikä muuttujia pystytä kontrolloimaan tai tuloksia yleistämään. Tavoitteiden asettaminen ja käytetyt menetit ovat jääneet epäselviksi, myöskään tutkijan ja tutkittavien välille ei ole muodostunut tasavertaista dialogia. Teorian ja käytännön kytkeminen toisiinsa on ollut haasteellista, eikä saatuja tuloksia ole osattu hyödyntää. (Metsämuuronen 2008, 32.) Nämä kohdat pyrittiin huomioimaan jo hankkeen suunnitteluvaiheessa. Tutkimuskohteenä oleva keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto on toimintaperiaatteiltaan perehdytyksen näkökulmasta melko samankaltainen muiden vastaavien keskussairaaloiden kanssa. Tulosten aikaansaamaa prosessia voidaan hyödyntää muiden vastaavien osastojen perehdytyksen kehittämisessä. Näin ollen tulosten yleistettävyyks olisi mahdollista. Tavoitteet ja välitavoitteet pyritään asettamaan konkreettisiksi ja käytettävät menetit valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tutkijalla on kyseisellä osastolla työskentelystä pitkä kokemus joten tutkittavien kanssa ei muodostu eriarvoisuutta.

Toimintatutkimus ei ole helppo teoria ja sillä voi olla vaikea saada selkeitä lopputuloksia aikaan varsinkin lyhyessä ajassa. Näistä syistä sitä ei suositella opinnäytetyön tekemiseen. Kyseisessä hankkeessa tarve nousee selkeästi työyhteisöstä ja yhteisössä on monia ideoita ja ajatuksia perehdytysohjelmaan. Tarvitaan kuitenkin teoretietoa, jolla pystytään saamaan ideat toimimaan yhdessä. Juuri tähän toimintatutkimus on paras vaihtoehto. Hankkeen aikataulussa on pyritty ottamaan huomioon toimintatutkimuksen haasteellisuus. (Lauri 2006, 133.)

4.2 Aineistonkeruumenetelmien kuvaus

Toimintatutkimuksessa ei voida tehdä yksityiskohtaisia ratkaisuja aineistonkeruumenetelmistä suunnitteluvaiheessa, vaan ne muotoutuvat tutkimusprosessin edetessä. Aineistonkeruu on samassa suhteessa kehitettävään teoriaan nähden ja se elää sitä mukaa kun prosessi etenee ja teoria muodostuu. Koska toimintatutkimuksen tarkoituksena on saada aikaan reflektiota, yhteisöllisyyttä ja osallistuvuutta, on aineistonkeruumenetelmien valintaa tarkasteltu myös tästä näkökulmasta. (Kiviniemi 1999, 74 – 76.) Aineistonkeruumenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa voi olla kysely ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Myös erilaisia aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää vaihtoehtoisina, rinnakkain tai yhdistettynä eri tavoin tutkimusongelman ja resurssien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 73, 86.)

Aineiston hankinnan lähtökohtana on tutkimustehtävä, joka määrittää keskeisesti millaista aineistoa kerätään ja millainen aineisto antaisi parhaan näkökulman tutkittavaan asiaan. Aineiston hankintaan vaikuttaa myös käytettävissä oleva aika ja raha sekä tutkijan omien taitojen riittävyys. Kun tutkimuksen tavoitteena on jonkin ilmiön ymmärtäminen, ei tutkimusaineiston tarvitse olla suuri. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 46 – 48.)

Aineistonkeruumenetelminä toimintatutkimuksessa voitaisiin käyttää esimerkiksi erilaisia kyselyjä, päiväkirjoja tai vapaamuotoisia esseitä (Lauri 2006, 121 – 125). Hankkeeseen mukaan lähtevien sairaanhoitajien kanssa päätettiin lopullisesti suunnitteluvaiheessa hankkeen aineistonkeruumenetelmistä. Hankkeen kartoitusvaiheen ja käytännön tiedon hankkimiseen tutkija päätti käyttää osallistavaa työmallia nimeltä Opera. Kyseinen menetelmä oli tutkijalle ennestään tuttu ja melko helposti, nopeasti sekä tehokkaasti hyödynnettävissä. Menetelmällä saatiin lähes koko osaston henkilökunnan ääni kuuluviin kerralla ja se myös sitoutti henkilökuntaa hankkeeseen. Hankkeen alussa käytännön tiedon hankkimiseen tutkija päätti käyttää perinteistä kyselyä, joka toteutetaan sähköisessä muodossa. Lopuarvioinnissa käytettiin kvalitatiivista ja kvantitatiivista menetelmää toinen toistensa tukena.

4.2.1 Tutkimustieto

Kirjallisuushaun aluksi kartoitettiin aiheeseen liittyvät hakusanat, joita olivat perehdytys, perehdyttäminen, perehdytysprosessi, terveydenhuolto, hoitotyö ja perioperatiivinen hoitotyö: leikkausosaston hoitotyö (rinnakkaistermi, myöhemmin RT) sekä englannin kielen vastaavat hakusanat introduction, preceptoring, orientation, precept, nursing, nurse, perioperative nursing: operating room nursing (RT). Hakusanoja käytettiin erilaisina yhdistelminä ja lyhenteinä. Haut tehtiin LINDA-, Theseus-, Medic-, CINAHL- ja Pubmed-tietokantoihin. Rajauksena käytettiin vuosia 2000 – 2010 minkä Salanterä ja Hupli (2003, 28) toteavat hyväksyttäväksi tavaksi mikäli aineistoa ei ole runsaasti saatavilla. Lisäksi mukaan otettiin perehdytystä käsittelevä väitöskirja kauppamatkustuksen alalta sekä muutamia eri tutkimuksissa usein toistuvia lähteitä.

Saatujen tulosten otsikkotason tiedot käytiin läpi ja niistä valikoitui kehittämisiongelmaan parhaiten vastaava aineisto. Tuloksista karsittiin tässä vaiheessa pois hauissa kahteen kertaan esiintynyt aineisto, muu kuin suomen- tai englanninkielinen materiaali ja samasta kirjasta olevat eri painokset. Hakujen tuloksiin tutustuttiin seuraavaksi tiivistelmätasolla. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset on esitelty taulukko muodossa liitteessä 1. Suomalaista hoitotyön perehdytystä käsittelevää tutkimusta löytyi melko vähän ja vielä niukemmin oli leikkaus- ja anestesiahoitotyöhön liittyviä. Yhtään hoitoalan lisenssiaatti- tai väitöstyötä ei löytynyt. Saman ovat todenneet myös Lahti (2007) ja Tarus (2006). Tästä syystä oli mielestäni perusteltua ottaa mukaan Ketolan (2010) kauppatieteiden väitöstutkimus. Kansainvälisiä tutkimusraportteja löytyi hieman paremmin. Ongelmaksi kuitenkin osoittautui niiden saatavuus, sillä suurin osa oli kaukolainattavaa materiaalia. Hakutulokseen kokonaisuudessaan vaikutti tutkijan kokemattomuus erityisesti ulkomaisten tietokantojen kohdalla, vaikka apua informaattikolta saikin.

4.2.2 Osallistava työmalli, OPERA

Opera on uudenlainen tehokas ryhmätyö- ja kokousmenetelmä, jonka avulla ideoita saadaan helposti esille. Luovien suunnittelu- ja ongelmanratkaisumenetelmien tärkeä periaate on kahden erilaisen ajattelutavan huomioiminen. Hajaantuvan ajattelun avulla syntyy vaihtoehtoja ja ideoita. Supistavan ajattelun avulla seulotaan parhaat vaihtoehdot esille. Kun näitä kahta tapaa yhdistellään, saadaan aikaan luova prosessi. Niitä ei kuitenkaan tule käyttää yhtä aikaa. Eli kun ideoidaan, ei arvostella ja kun arvostellaan, ei ideoida. Taustalla vaikuttaa huomio, että ihminen usein tarvitsee turvallisuuden tunnetta voidakseen tuottaa ja esitellä uusia ajatuksia. Suora kritiikki tai sen pelko estää turvallisuuden tunteen syntymisen. (Helin 2006, 202; Slåen & Mantere 2000, 45.)

OPERA-työmallissa kritiikki on korvattu positiivisella valinnalla. Omaa ehdotusta kannatetaan vain rajoitetusti, jolloin jokainen joutuu ottamaan kantaa rakentavasti myös muiden esittämiin ajatuksiin. Operassa on lisäksi otettu käyttöön yksilö- ja ryhmätyön vuorottelu. Aktiivisuus lisääntyy, kun omia ajatuksia on jo valmiina kaikilla kun käsittely aloitetaan. Parityöskentelyssä on helpompi puhua omista ajatuksistaan pienessä ryhmässä, eikä myöskään ehdotuksen takana tarvitse koskaan seistä yksin. Työskentely Operassa on hyvin järjestelmällistä, vaikka tuotetaankin luovia ratkaisuja. Malli mahdollistaa sitoutumisen yhteisiin asioihin, sillä siinä mukana oleva henkilö ymmärtää ratkaisujen taustat ja saa mahdollisuuden vaikuttaa tilanteeseen. Silloin kokonaisuus on helpompi ymmärtää ja hyväksyä tehdyt ratkaisut. Tämä helpottaa myös luottamista siihen, että ratkaisu toimii. Vaikutusmahdollisuus synnyttää myös hallinnan tunteen ja saa ratkaisun tuntumaan omalta. (Slåen & Mantere 2000, 45 - 50.)

Operan nimi tulee sen vaiheista, jotka esittelen seuraavassa. Ennen aloittamista tulee miettiä mihin haetaan vastauksia tai näkemyksiä. Mitä asiakokonaisuutta on tarpeen käsitellä yhdessä ja kohdistaa ohjaava kysymys juuri siihen. Avoimessa kysymyksessä tulee välttää miksi sanalla aloitta-

mista ja käyttää sanoja: mitä, mikä, mitkä, millainen tai miten. On hyvä kertoa lyhyesti kysymyksen tausta ja syy, miksi juuri tätä kysymystä käsitellään. (Släen & Mantere 2000, 18 – 19, 51.)

Ensimmäinen vaihe on **O = Omat ajatukset**, joka kestää 3-5 minuuttia. Sinä aikana jokainen osallistuja miettii ja kirjaa omat ehdotuksensa paperille. Tässä vaiheessa ei anneta kenellekään puheenvuoroa, jolloin hiljaisimmatkin ovat yhtä hyvässä asemassa kuin puheliaat. Yksilövaiheessa saadaan kaikki mukaan ja kaikille tulee tunne voivansa vaikuttaa asiaan. Muiden suora vaikuttaminen myös vähenee. Omat ajatukset kirkastuvat ja niiden pohjalta on helppo keskustella seuraavassa vaiheessa. (Helin 2006, 203; Släen & Mantere 2000, 21 – 22, 65 - 67.)

P = Parityöskentely / pienryhmä vaiheeseen käytetään aikaa noin 7 – 10 minuuttia. Sinä aikana keskustellaan yhden tai kahden ihmisen kanssa omista ja toisten ryhmässä olevien ehdotuksista. Lopuksi kirjataan tärkeimmät ehdotukset paperille, jotka kiinnitetään seinälle parin omaan sarakkeeseen. Vaiheen tarkoituksena on jalostaa yksilövaiheen tulokset ennen niiden esittämistä koko ryhmälle. Parityövaihe on hyvin aktiivinen ja tehokas. Siinä kaikista osallistujista puolet puhuu ja puolet kuuntelee. Parityössä on vaikea vetäytyä passiiviseen rooliin, vaan tilaa on vain kertojalle ja kuuntelijalle. Parin kanssa on turvallista esittää yhteiset ehdotukset koko ryhmälle ilman ehdotusten henkilösidonaisuutta. (Helin 2006, 203 - 204; Släen & Mantere 2000, 24 – 25, 67 - 69.)

E = Esittelyvaiheessa parit kertovat taululle kootut yhteiset ajatuksensa ja niiden perustelut muille 1 – 2 minuutissa. Esittelyjen aikana muut ryhmäläiset eivät saa kommentoida mitenkään esiteltyjä ajatuksia, tämä lisää turvallisuuden tunnetta ja hälventää esiintymispelkoa. (Helin 2006, 204; Släen & Mantere 2000, 27 – 29, 69 - 70.)

R = Ristiinarviointi vaiheeseen käytetään aikaa 5 – 7 minuuttia, jonka aikana parit valitsevat tärkeimmät ehdotukset yhdessä sovittujen valintakriteerien mukaan. Valinnoista vain yksi saa olla oma. Näin saadaan yhteinen kuva siitä, mitä asioita kannattaa viedä eteenpäin. Parien valintaan ei myöskään vaikuta muiden mahdollisten vaikuttajahenkilöiden painostus. Ristiinarvioinnissa jätetään ”huonot” ehdotukset kommentoimatta ja keskitytään parhaisiin ja tärkeimpiin. (Släen & Mantere 2000, 86). Kun ei voi valita kuin yhden omista ehdotuksista, suhtaudutaan muiden ehdotuksiin avoimesti ja rakentavasti. Jokaisen ”ääni” tulee myös kuuluviin ja sitoutuminen kyseiseen asiaa kasvaa. (Helin 2006, 204; Släen & Mantere 2000, 32 – 34, 71 – 72.)

Viimeinen vaihe on **A = Asioiden ryhmittely** jossa ehdotukset ryhmitellään ja samanlaiset asiat liitetään yhteen. Tämä helpottaa asiakokonaisuuksien hahmottamista ja ymmärtämistä. Ryhmittelyssä on tarkoitus saada koko ryhmä aktiivisesti miettimään, miten ehdotuksia ryhmitellään. Kun kaikki ovat mukana, myös kokonaisuus kirkastuu kaikille. Eniten kannatusta saaneet ehdotukset siirretään ensin yläriveille ja ehdotukset, jotka eivät saaneet kenenkään kannatusta, poistetaan taululta. Seuraavaksi liitetään samoihin aihealueisiin liittyviä asioita yhteen sarakkeeseen alene-

vassa kannatusjärjestyksessä. Lopuksi otsikoidaan kaikki kohdat. Ryhmitely vaiheeseen kuluu noin 5 - 15 minuuttia. Koko Opera-prosessiin kuluu yhteensä aikaa ryhmän koosta ja tehtävän luonteesta riippuen 30 - 50 minuuttia. (Helin 2006, 204; Slåen & Mantere 2000, 37 – 41, 72 – 73.)

Kun prosessi on viety loppuun, on tärkeää sopia, miten nousseet asiat hyödynnetään. Saatu lopputulos on osallistujien yhteinen näkemys, johon he sitoutuvat. (Slåen & Mantere 2000, 42 – 44.) Tilaisuudessa voidaan sopia useamman kerran jaksotetusta pienryhmätyöskentelystä (Slåen & Mantere 2000, 91 – 92). On kuitenkin muistettava, että toimenpidelistaa vaatii seurantaa ja siitä on hyvä sopia. Tulee ottaa huomioon, ettei jatkosuunnitelmista tehdä liian suuria ja pitkälle meneviä, vaan sovitaan ensimmäisistä ja tarpeellisista askeleista. Ajankäytössä tulee huomioida riittävästi aikaa jatkosuunnitelmista sopimiseen. (Slåen & Mantere 2000, 61.)

4.2.3 Kysely

Aineiston keruu kyselyn avulla antaa mahdollisuuden kysyä samaa asiaa koko tutkittavien perusjoukolta samalla tavalla. Kysely säästää myös kustannuksia ja samalla voidaan kysyä monia asioita. Huolellisesti laaditun kyselylomakkeen aineistoa voidaan käsitellä tehokkaasti. Ongelmia kyselyyn vastaamisessa saattaa aiheutua vastaajista, jotka eivät ole selvillä tai perehtyneet riittävästi asiaan jota heiltä kysytään. Samoin vastaajat, jotka eivät suhtaudu riittävän vakavasti kyselyyn saattavat vääristää tutkimuksen tulosta. Myös kato, eli vastaamattomuus voi aiheuttaa ongelmia kyselytutkimuksessa. Hyvän kyselylomakkeen laadinta vie tutkijalta aikaa ja vaatii erilaista tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi ym. 2006, 182 – 186; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010, 1 – 6; Tuomi & Sarajärvi 2003, 74 – 77.)

Avoimilla kysymyksillä vastaajan on mahdollista sanoa mitä hänellä on mielessään, eivätkä valmiiksi ehdotetut vastaukset kahlitse. Toisaalta avointen kysymysten vastaukset tuottavat monipuolisen aineiston, jota on työläs käsitellä. Kyselylomakkeen laadinnassa tulee välttää epäselvyyksiä ja kaksoismerkityksiä. Spesifiset kysymykset ovat yleisiä kysymyksiä parempia, samoin lyhyitä kysymyksiä tulee suosia pitkien sijaan. Kysymysten määrää ja järjestystä tulee miettiä, niin että helpoimmat sijoitetaan lomakkeen alkuun. Ammattikielen ja termien käyttöä tulee välttää tai ainakin huomioida vastaajaryhmää ajatellen. (Hirsjärvi ym. 2006, 190 – 192.) Kyselyn kysymysten sisältöön tulee panostaa enemmän kuin niiden määrään. On mietittävä millaiseen ongelmaan halutaan tutkimuksen vastaavan. Mitä selkeämpi on tutkimusongelma, sitä helpompaa on laatia kysymykset ja karsia tarpeettomat pois. (Jyrinki 1977, 41 – 42; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010, 2 – 6.)

Lomakkeen laadinnassa on suositeltavaa käyttää apuna esitutkimusta, jolloin voidaan tarkistaa näkökulmia ja tehdä tarvittavia korjauksia varsinaista tutkimusta varten. Tällöin voidaan tarkistaa miten kysymykset on ymmärretty ja onko niiden muotoa tai määrää syytä muuttaa (Koivula 1999, 47; Hirsjärvi ym. 2006, 193.). Lopullisen kyselylomakkeen tulee näyttää helposti täytettävältä ja siinä tulee olla riittävästi vastaustilaa avokysymyksille. Varsinaisen kyselyn mukana olevassa saatekirjeessä kerrotaan

kyselyn tarkoituksesta, tärkeydestä ja merkityksestä vastaajalle sekä rohkaistaan vastaamaan. Saatekirjeessä näkyy myös mihin mennessä lomake palautetaan ja minne. Vastaajalta toivotaan pikaista vastausta ja muistetaan myös kiittää vastaamisesta. Siinä voidaan myös luvata tutkimuksen tuloksien kertomisesta tiivistelmänä tai muussa muodossa, tämä lupaus tulee muistaa pitää. (Hirsjärvi ym. 2006, 193.)

4.2.4 Otanta

Tutkimusta tehtäessä otos edustaa tutkittavien perusjoukkoa. Tutkittavien joukko pyritään valitsemaan tutkijan asettamien kriteerien perusteella niin, että heillä on omia näkemyksiä ja tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja he ovat halukkaita kertomaan näkemyksensä tutkijalle. Tällöin aineisto valitaan harkinnanvaraisesti. Harkinnanvaraisessa otannassa tutkittavien määrä jää usein pieneksi muutamasta tutkittavasta muutamiin kymmeneen. Tutkimukseen tarvittavien henkilöiden määrä riippuu tutkimuksen tarkoituksesta ja aineistonkeruutavasta. Kun samojen asioiden todetaan toistuvan eri henkilöiden vastauksissa, eli tapahtuu saturaatiota, on tutkittavien joukko ollut riittävä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 47 – 50; Tuomi & Sarajärvi 2003, 87–92; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2003, 1-2; Åstedt-Kurki & Nieminen 2006, 155.)

Eliittiotanta on yksi harkinnanvaraisen otannan aineistonkeruunimike. Siinä tiedonantajiksi valitaan henkilöitä, joilta uskotaan parhaiten saatavan tietoa tutkittavana olevasta aiheesta. Valintaan vaikuttaa kokemus ja kiinnostus asiaan, itsensä ilmaisemisen taito sekä motivaatio. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 51; Tuomi & Sarajärvi 2003, 88–89.) Osaan tutkimuksen osallistavista menetelmistä ja kyselyistä otti osaa koko hoitohenkilökunta, mutta osassa tutkija käytti eliittiotantaa. Lääkäreistä rajattiin vain osastolla työskentelevät erikoislääkärit ja loppuarviointeihin osallistui eliittiotannalla valittu ryhmä hoitohenkilökuntaa.

4.3 Aineiston analyysimenetelmän kuvaus

Toimintatutkimukselle tyypillinen vähitellen kehittyvä ja etenevä prosessiluonteisuus edellyttää samaa myös aineiston analysoinnilta. Aineistoa analysoidaan monessa vaiheessa prosessia, eikä vasta koko aineiston ollessa kasassa. Tästä syystä aineiston analyysi on suuntaa antavaa, jolla täsmennetään tutkimustehtävää ja sitä kautta kohdistetaan tutkimusta tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Analyysillä tulee löytää prosessin edetessä keskeiset ydinkategoriat ja perusulottuvuudet, jotka kuvaavat tutkittavaa käytäntöä ja joiden varaan tulosten analysointi voidaan rakentaa. Samalla aineistosta karsitaan pois epäolennaiset ja näin voidaan edetä prosessissa tutkimustehtävän kannalta oleelliseen suuntaan. (Kiviniemi 1999, 76 – 77.) Toimintatutkimuksen alkuvaiheen kyselyiden aineistonanalyysin tutkija on päättänyt tehdä sisällönanalyysillä. Samaa menetelmää hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan myös tutkimuksen muun aineiston analyysissä, kuten kirjallisuuskatsauksessa.

Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä kvalitatiivinen sisällönanalyysi tarkastelee asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Siinä analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Aineistoa tulkitaan tutkimusteemojen perusteella, joiden avulla tehdään aineistojen sisällöstä havaintoja ja kerätään tietoa. Pietilän (1973) sekä Burns ja Groven (1997) mukaan tarkoituksena on tiivistää kerättyä tietoa niin, että tutkittavat ilmiöt voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai saada tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeästi esille. Tämä vaatii tutkijalta aineiston hyvää ja perusteellista tuntemista. (Koivula 1999, 40 – 41; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 – 5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21 – 22.)

Sisällönanalyysiprosessi voi edetä joko aiempaa käsitejärjestelmää apuna käyttäen eli deduktiivisesti tai aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Deduktiivinen sisällönanalyysi sopii Catanzaron (1988) mukaan erityisesti tutkimuksiin, jossa testataan olemassa olevaa tietoa uudessa tilanteessa. Tästä johtuen sitä voitaisiin käyttää tämän toimintatutkimuksen loppuarvioinnissa, mutta alkukartoituksen kyselyyn soveltuu paremmin induksiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Molemmissa analyysimuodoissa prosessin ensimmäinen vaihe on aina analyysiyksikön määrittäminen, jonka valintaan vaikuttaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Seuraavassa vaiheessa aineisto luetaan aktiivisesti läpi useita kertoja, jolloin saadaan pohja analyysille. Tämän jälkeen etenemistä säätelee se, kumpi analyysimenetelmä on valittu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24 – 26, 30 – 31; Tuomi & Sarajärvi 2003, 95 – 99.)

Induktiivinen sisällönanalyysi etenee kuvatus aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistettäessä aineistosta haetaan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Aineistolle esitetään kysymyksiä tutkimustehtävän mukaan ja löydetty vastaukset kirjataan mahdollisimman tarkasti samoilla termeillä kuin aineistossa. Pelkistetyt ilmaisut kerätään listoiksi, jotka muodostavat tarkistuslistat. Ryhmiteltäessä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuutta sekä yhtäläisyyttä ja yhdistetään ne, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Näin muodostetaan kategorioita, jotka nimitään sisältöään hyvin kuvaavilla nimillä. Abstrahointivaiheessa yhdistetään toisiinsa saman sisältöisiä kategorioita, muodostaen niistä yläkategorioita, jotka nimetään. Abstrahointia jatketaan niin pitkään, kuin se on sisällön kannalta järkevää. Nimeämisessä voi käyttää deduktiivista päättelyä ja valita jo aikaisemmin tuttu käsite. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 – 7; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26 – 30; Tuomi & Sarajärvi 2003, 110 – 115.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä etenemistä ohjaa alkuvaiheen jälkeen aikaisempaan tietoon perustuva malli (Catanzaro 1988, Marshall Rossman 1995, Polit & Hungler 1995, Sandelowski 1995). Pattonin (1990) ja Sandelowskin (1995) mukaan tämän aikaisemman tiedon perusteella muodostetaan analyysirunko, johon etsitään aineistosta sopivia kohtia. Analyysirunko voidaan tehdä väljäksi, jolloin sen sisälle tulevaa aineistoa voidaan induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaan yhdistellä kategorioiksi. Kategorioita muodostavat pelkistetyt ilmaisut, jotka näyttävät

kuuluvan yhteen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7 – 10; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 30 – 36; Tuomi & Sarajärvi 2003, 95 – 102, 116 – 117.)

Viimeisenä vaiheena voidaan haluttaessa kvalifioida saadut kategoriat (Catanzaro 1988, Robson 1993, Burns & Grove 1997), eli laskea, kuinka monta kertaa kyseinen asia mainitaan alkuperäisessä aineistossa. Tämä lisää tulosten luotettavuutta. Usein laadullisissa tutkimuksissa aineiston määrä on hyvin pieni, eikä kvalifioinnilla saavuteta lisää luotettavuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 9 – 10; Tuomi & Sarajärvi 2003, 117 – 119.)

Sisällönanalyysin tulokset esitetään Marshall & Rossmanin (1995) mukaan raportoiden analyysissä muodostunut malli sekä kuvataan kategorioiden sisällöt alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Andren (1981), Robson (1993) sekä Hickey & Kipping (1996) pitävät sisällönanalyysin ongelmana tutkijan kykenemättömyyttä analyysiprosessin objektiiviseen tarkasteluun, jolloin tulos perustuu tutkijan omaan subjektiiviseen näkemykseen aiheesta. He pitävät sisällönanalyysin haasteellisuutena tutkijan onnistumista aineiston pelkistämisessä ja kategorioiden muodostamisessa niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee pystyä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36 – 37.)

5 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN

Kehittämishanke eteni seminaarien mukana, mutta myös omalla painollaan. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin tammikuussa 2011 ja siihen tehtiin tarkennus helmikuussa 2011. Kartoitus-, prosessointi- ja sitouttamisvaiheet toteutuivat tammi-maaliskuussa 2011. Suunnitteluvaihe oli keväällä 2011 ja uusi prosessi otettiin toteutusvaiheessa osastolla käyttöön toukokuussa 2011. Kesän aikana edettiin prosessia parannellen ja lopullisesti se valmistui syyskuksi 2011. Tämän jälkeen käynnistyi arviointivaihe. Työn tulosten kerääminen, arviointi ja raportointi tapahtuivat syyskuussa. Opinnäytetyö hiottiin lopulliseen muotoonsa lokakuussa ja työ oli valmis marraskuussa 2011. Tarkempi aikataulu on liitteenä 2.

5.1 Lähtötilanteen kartoitus

Yleinen mielipide osastolla sairaanhoitajien keskuudessa tuntui olevan sellainen, että perehdytys ei ole riittävää vaikka ohjelma on kattava. Lähiesimiehilläkin oli eriäviä mielipiteitä perehdytyksen toimivuudesta ja kehittämishankkeen tarpeellisuudesta. Hankkeen aluksi kartoitettiin ja selvitettiin mitkä ovat ne ongelmakohdat osastolla, miksi olemassa oleva perehdytysohjelma ei toimi. Koska hankkeeseen liittyi useita kyselyjä ja OPERA-menetelmän käyttöä, päätyi tutkija käyttämään kartoitukseen kyselyä, joka sisälsi vain yhden kysymyksen. Kysymys muotoiltiin OPERAn kysymyksen muotoilun avulla. Kysymys oli Mitkä ovat perehdytyksen ongelmat osastollamme?

Kyselypohja tehtiin Googlen palvelimen avulla ja se lähetettiin sähköisenä linkkinä sähköpostilistan kautta osaston kaikille 60 hoitotyöntekijälle, mukana olivat myös kaksi lääkintävahtimestaria ja kolme lähiesimiestä. Kyselyn mukana oli saatekirje, jossa oli linkki, jonka kautta vastattiin. Ohjelma lähetti vastaukset suoraan tutkijalle, eikä yksittäisen vastaajan henkilöllisyys tullut ilmi. Vastausaikaa oli viikko, viikon puolivälissä kaikille lähetettiin edellä mainitulla tavalla muistutusviesti, jossa oli linkki vastaamiseen. Määräaikaan mennessä vastauksia tuli 21 ja vastaus prosentiksi tuli 35%. Kyselyn saatekirje on liitteenä 3. Saadut vastaukset analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysillä ja tuloksista nousi viisi yläluokkaa, jotka kuvaavat asioita, jotka koettiin perehdytyksen ongelmiksi kohdeosastolla: 1) ajan puute, 2) suunnitelmallisuuden puute, 3) puutteelliset henkilöstöresurssit, 4) epäkollegiaalisuus ja 5) monta eri erikoisalaa. (kuvio 5)

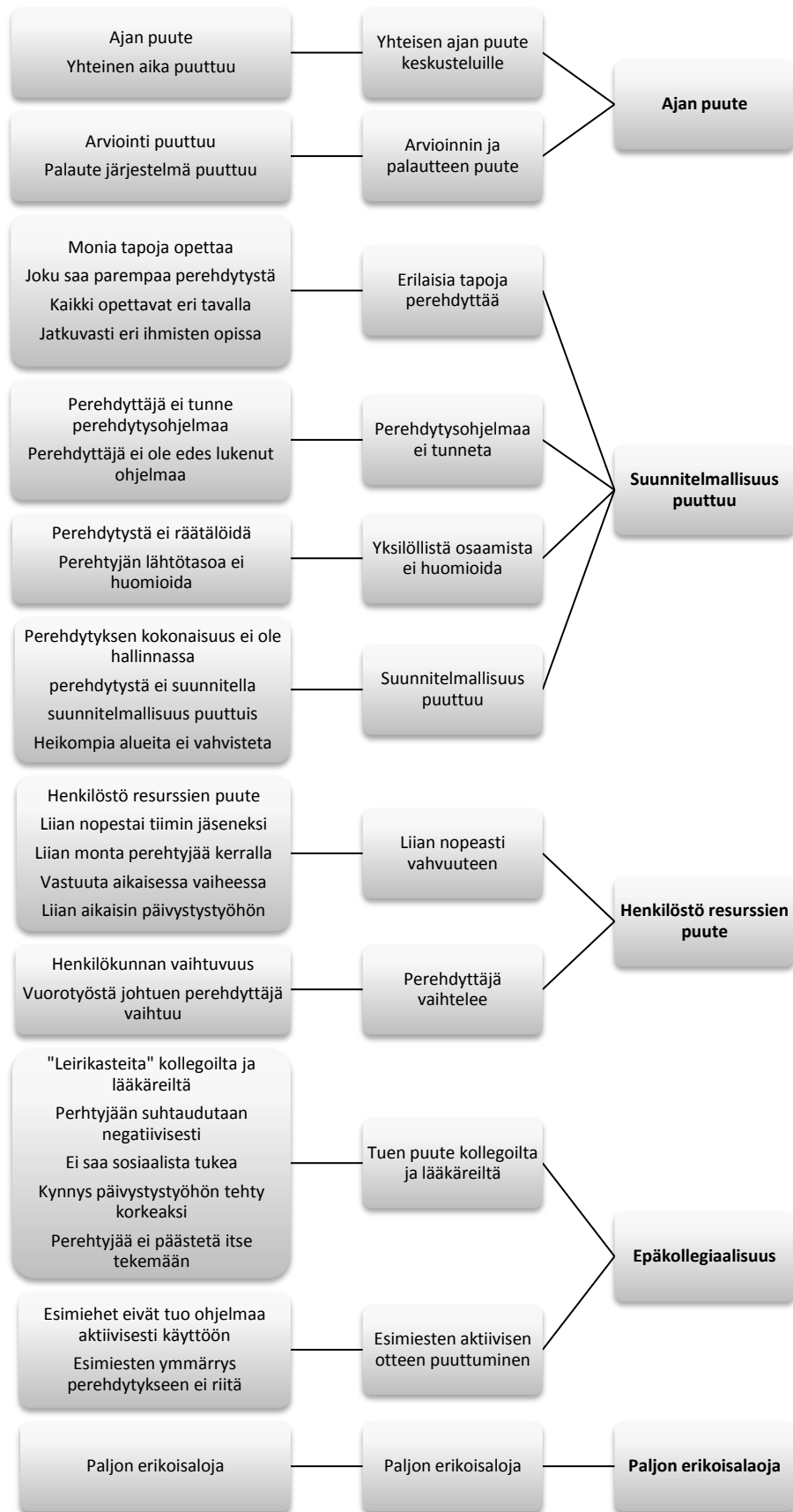
1) Ajan puute muodostui kahdesta alaluokasta: *yhteisen ajan puute keskusteluille sekä arvioinnin ja palautteen puute*. Yhteisen ajan puute keskusteluille esiintyi perehdyttäjän ja perehtyjän yhdessä asioihin paneutumiseen tarvittavan ajan puuttumisena, kaiken ajan koettiin kuluvan potilashoitoon. *Arvioinnin ja palautteen puute* näkyi samoin ajan puutteena. Ei ollut aikaa keskustella yhdessä miten on mennyt tai miten perehdytysohjelmassa on edetty. Ei ole olemassa mitään arviointi- ja/tai palautejärjestelmää.

2) Suunnitelmallisuuden puute muodostui neljästä alaluokasta: *erilaisia tapoja perehdyttää, perehdytysohjelmaa ei tunneta, yksilöllistä osaamista ei huomioida ja suunnitelmallisuus puuttuu*. Erilaiset tavat perehdyttää näkyi perehtyjän monien erilaisten työtapojen oppimisena, jolloin periaate taustalla jäi epäselväksi. *Perehdytysohjelmaa ei tunneta* perehdyttäjien taholta, jolloin sitä ei myöskään noudateta, vaan perehdytetään omalla tyylillä. *Yksilöllistä osaamista ei huomioida* esiintyi tuloksissa niin, ettei tulokkaan lähtötasoa ja osaamista kartoitettu tai huomioitu perehdytyksessä lainkaan. *Suunnitelmallisuuden puute* näkyi, ettei perehdytysohjelmaa pystytty toteuttamaan ja vahvistamaan perehtyjän heikkoja kohtia. Suunnitelmallisuuden puuttuminen näkyi myös arviointien toteutumattomuutena ja päivystysajan työskentelyyn varautumattomuutena sekä perehdytyksen kokonaisuuden hallinnan puuttumisena.

3) Henkilöstöresurssien puuttuminen muodostui kahdesta alaluokasta: *liian nopeasti vahvuuteen ja perehdyttäjä vaihtelee*. Liian nopeasti vahvuuteen ja vastuun ottamiseen tiimin jäsenenä perehtyvä joutuu henkilökunnan riittämättömyyden vuoksi. *Perehdyttäjä vaihtelee* usein johtuen kolmivuorotyöstä, eikä nimetyn perehdyttäjän kanssa ehdi riittävästi työskentelemään.

4) Epäkollegiaalisuus muodostui kahdesta alaluokasta: *tuen puute kollegoilta ja lääkäreiltä ja esimiesten aktiivisen otteen puuttuminen*. Tuen puute kollegoilta ja lääkäreiltä esiintyi negatiivisena suhtautumisena perehtyjään ja epäonnistumisten esiin tuomisena, sekä eräänlaisen ”leirikasteen” antamisena, joita esiintyi tulosten mukaan kollegoiden ja lääkäreiden taholta. *Esimiesten aktiivisen otteen puuttuminen* perehdytyksessä ja sen suunnittelussa nousi myös vastuksista.

5) Paljon erikoisaloja nousi suoraan selkeästi useasta vastauksesta. Usean erikoisalan opetteleminen ja lopulta hallitseminen vaatii pitkällisen perehdytyksen. Erikoisalojen läpikäymistä tulee miettiä eri näkökulmista, mitkä niistä olisi järkevintä opetella aluksi, esimerkiksi päivystysajan työskentelyä silmällä pitäen.



Kuvio 5 Lähtötilanteen kartoituksesta nousseet perehdytyksen ongelmat osastolla.

5.2 Prosessointi- ja sitouttamisvaihe

Lähtötilanteen kartoituksessa nousseet tulokset tutkija esitteli prosessointivaiheessa henkilökunnalle lyhyesti 28.1.2011 olleessa osastopalaverissa. Tulokset nostivat selkeästi esiin ne ongelmakohdat, miksi perehdytys ei osastolla toimi ja ne tulivat myös kaikkien tietoon. Samassa palaverissa otettiin käyttöön osallistava menetelmä Opera, erityisesti sen osallistavan ja samalla sitouttavan ominaisuuden vuoksi. Sen avulla saatiin kaikki mukaan ja myös ajankäyttö tehokkaaksi, koska käytettävissä ei ollut kuin 45 minuuttia.

Kohdeosastolla työskennellään kiinteästi moniammatillisissa tiimeissä, joissa leikkaavalla lääkärillä ja anestesia-lääkärillä on merkittävä rooli. Tästä syystä tutkija päätti sitouttamisvaiheen osana kartoittaa osastolla toimivilta erikoislääkäreiltä näkemystä sairaanhoitajan perehdytyksestä. Samalla tutkija päätti jättää tutkimussuunnitelmassa olleen eri keskussairaaloihin suunnatun kyselyn tekemättä. Kyselystä mahdollisesti saadun hyödyn suhteessa sen vaatimaan työmäärään tutkija arvioi melko pieneksi. Lisäksi todettiin, että tutkimuksen kohteena olevaa osastoa palvelevan perehdytyksen prosessin laatimisen pääpaino tulee olemaan osaston sisällä olevien ammattilaisten nostamissa ideoissa ja ajatuksissa.

5.2.1 Opera-työskentely 28.1.2011

Paikalla oli tutkijan lisäksi 24 osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvaa sairaanhoitajaa, kaksi lääkintävahtimestaria sekä kaikki kolme osaston lähiesimiestä. Mukana seuraamassa oli myös kehittämishanketta ohjaava opettaja. Opera-työskentelyyn oli tutkija muotoillut kysymyksen *"Millä toimenpiteillä saamme perehdytyksen toimimaan?"* Kysymyksen tavoitteena oli ohjata henkilökuntaa uuteen suuntaan ratkaisemaan perehdytyksen haasteita ja tuottamaan uusia keinoja ratkaista kartoitusvaiheessa ilmenneitä ongelmakohtia.

Työskentely aloitettiin viiden minuutin yksilöllisellä osuudella, jolloin jokainen mietti ja kirjasi vastauksia esitettyyn ja liitulaululle kirjoitettuun kysymykseen. Tämän jälkeen siirryttiin parityöskentelyyn. Parit tutkija ohjasi muodostamaan niin, että parissa on instrumentti- ja anestesiahoitaja, jolloin saataisiin erilaista näkökulmaa. Parit valitsivat keskustellen neljä yhteisesti tärkeintä vastausta kysymykseen. Aikaa heillä oli 7 minuuttia. Ryhmän suuren koon vuoksi parityöskentelyä jatkettiin muodostamalla kahden pari, eli neljän hengen ryhmiä. Ryhmät edelleen valitsivat neljä kaikkien mielestä tärkeintä vastausta kysymykseen. Nämä kirjoitettiin tussilla jaetuille papereille ja vietiin kaikkien nähtäville liitutauluun tehtyyn ryhmämuistiin. Aikaa tähän käytettiin noin 7 minuuttia.

Seuraavassa vaiheessa ryhmät esittelivät taululle viemänsä vastaukset. Tämän jälkeen siirryttiin ristiinarviointiin, jolloin kaikille alkuperäisille pareille jaettiin yhteiseksi viisi äänestystarraa. Niitä käyttäen he äänestivät kaikista taululle viedyistä vastauksista viisi mielestään tärkeintä vastausta. Yksi niistä sai olla ryhmän itse tuottama vastus. Tämän jälkeen ryhmiteltiin koko ryhmän kanssa yhdessä eniten äänestystarroja saaneet vastaukset

ylimmäisiksi ja samaa tarkoittavat vastaukset yhteen. Ryhmittelyä jatkettiin koko ryhmän voimin tutkijan toimiessa taululla vastusten siirtelijänä siten, että saatiin muodostettua samaan aiheeseen liittyvät vastaukset ryhmiksi. Tässä vaiheessa hyvästä suunnittelusta huolimatta aika loppui kesken ja ryhmien otsikointi jäi tutkijan tehtäväksi.

Ryhmiksi nousi kuusi keskeistä perehdytyksen onnistumiseen liittyvää tekijää: 1) perehdyttäjä, 2) sitouttaminen, 3) aika, 4) resurssit, 5) perehtyjä ja 6) suunnitelmallisuus. Jokaisen ryhmän sisältö on esitelty tärkeysjärjestyksessä, eli eniten äänestys tarroja saaneet ensimmäisenä.

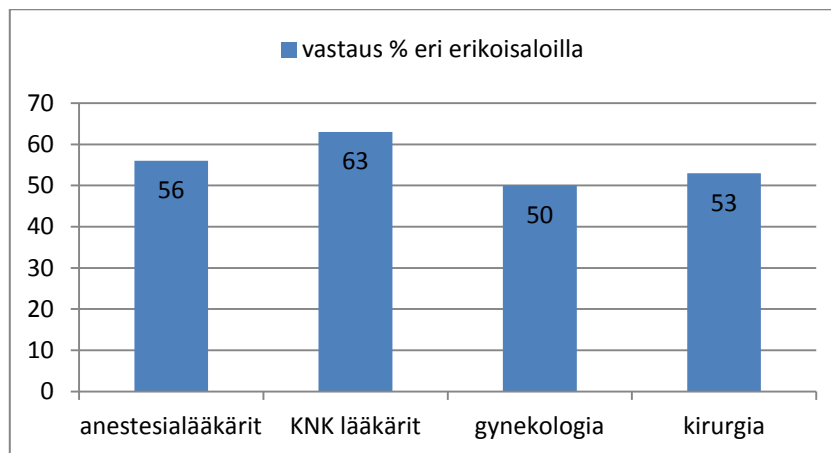
- 1) **Perehdyttäjän** tulee olla kokenut hoitaja, jolla on osaamista kyseiseltä erikoisalalta, mielellään sen alan vastuuhoitaja. Perehdyttäjän tulee olla perehtyjän kanssa samoissa työvuoroissa. Perehdyttäjiä ei saa olla montaa, vaan 2 – 3, jotta perehdyttäjä pysyy perehtyvän kehittämisessä ajan tasalla.
- 2) **Sitouttaminen** perehtymiseen ja työhön tapahtuu motivoituneen perehdyttäjän kannustavassa asenneilmapiirissä. Jotta perehdyttäjä on motivoitunut, on hänellä oltava ammattitaitoa ja kokemusta. Käytössä olevaan perehdytysohjelmaan tulee sitoutua. Rahallinen tai muu kannustus sitouttaa perehdyttäjää tehtäväänsä. Työyhteisön yhteisvastuullisuutta ja yhteisiä työtapoja tulee korostaa.
- 3) **Aika** ja ajan antaminen perehdytyskeskusteluihin ja perehdytykseen on tärkeää. Suunnitellusta perehdytysajasta tulee pitää sovituksi kiinni, eikä laittaa itsenäiseen työhön liian aikaisin.
- 4) **Resursseista** tulee huolehtia niin, että oikea henkilökunta on oikeassa paikassa oikeaan aikaan ja heitä on riittävästi.
- 5) **Perehtyjän** tulee olla aktiivinen ja itsenäinen sekä riittävän kauan pois vahvuudesta. Perehtyjään tulee luottaa enemmän ja antaa hänen oppia omien käsiensä kautta tekemällä. Hänen tulee olla aiempaa enemmän instrumenttahoitajan tehtävissä ja ylimääräisenä sallissa.
- 6) **Suunnitelmallisesti** varataan aika väliarviointiin, kuunnellaan ja tuetaan keskustellen. Suunnitellaan perehdytysaikataulu, jossa huomioidaan asteittainen vastuun lisääminen ja aiempi osaaminen. Supervisor eli perehdytyksen koordinaattori osastolle. Huomioidaan suunnitelmallisuus työvuoroissa, lähtötason huomioimisessa, toistoissa ja palautekeskusteluissa. Perehtyjän lähtötaso arvioidaan ja laaditaan osastolle kuvaukset: perusosaamisen taso, välitaso ja perehtynyt osaaja. Työskentelee samalla erikoisalalla pitkään (2kk).

5.2.2 Erikoislääkäreille suunnattu kysely

Kohdeosastolla työskenteleville lääkäreille suunnatun kyselyn otantana tutkija päätti käyttää eliittiotantaa. Sen perusteella tutkija rajasi kyselyn vain osastolla työskenteleviin erikoislääkäreihin, jättäen erikoistuvat lääkärin kyselyn ulkopuolelle. Erikoislääkärit ovat vakituisessa virkasuhteessa ja useimmat heistä ovat työskennelleet kohdeosastolla useita vuosia. Tästä johtuen heillä on paras mahdollinen tieto ja ymmärrys kohdeosaston sairaanhoitajan perehdytyksen vaatimuksista.

Helmikuun 2011 aikana lääkäreille lähetettiin nettikysely, johon he saivat vastata nimettöminä. Kyselypohja tehtiin Googlen palvelimen avulla ja se lähetettiin sähköisenä linkkinä saatekirjeen mukana sähköpostilistan kautta kaikille leikkaussalissa leikkaaville erikoislääkäreille sekä anestesiologian erikoislääkäreille, yhteensä 44 lääkärille. Kysymykset esitettiin kahdella anestesiaan erikoistuvalla lääkärillä. Ohjelma lähetti vastaukset suoraan tutkijalle, eikä yksittäisen vastaajan henkilöllisyys tullut ilmi. Vastausaikaa oli viikko ja viikon puolivälissä kaikille lähetettiin samalla tavalla muistutusviesti, jossa oli myös linkki vastaamiseen. Viikon kuluttua vastausaikaa pidennettiin muutamalla päivällä, johtuen hiihtoloma-ajasta. Kyselyn saatekirje on liitteenä 4 ja kysely liitteenä 5.

Kyselyyn vastasi jatkettuun määräaikaan mennessä 24 erikoislääkärää, joten vastausprosentti oli 55%. Vastanneista 20% ilmoitti olevansa anestesialääkäreitä, loput 80% olivat kirurgian eri erikoisalojen lääkäreitä. Kuviossa 6 on esitetty tarkemmin vastausprosenttien jakautuminen eri erikoisalueiden suhteen. Siitä voidaan todeta, että aktiivisimmin vastasivat korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkärit. Toisaalta kuitenkin kirurgiassa oli yhdistettynä suurin vastaajajryhmä.



Kuvio 6 Vastanneiden erikoislääkäreiden jakauma erikoisaloittain. Anestesialääkäreitä vastasi 5/9, korva-, nenä- ja kurkkutautien (KNK) erikoislääkäreistä 5/8, gynekologeista 5/10 ja kirurgeista 9/17.

Saadut vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja tuloksista nousi neljä yläluokkaa. Erikoislääkärit nimesivät tärkeiksi perehdytyksen osa-alueiksi kohdeosastolla: 1) moniammatillinen yhteistyö, 2) teoriaopinnot ja harjoitukset, 3) kannustava oppimisen ilmapiiri ja 4) suunnitelmallisuus. Sisällönanalyysin tuloksena muodostuneet ala-, ylä- ja pääluokat on esitelty kuviossa 7.

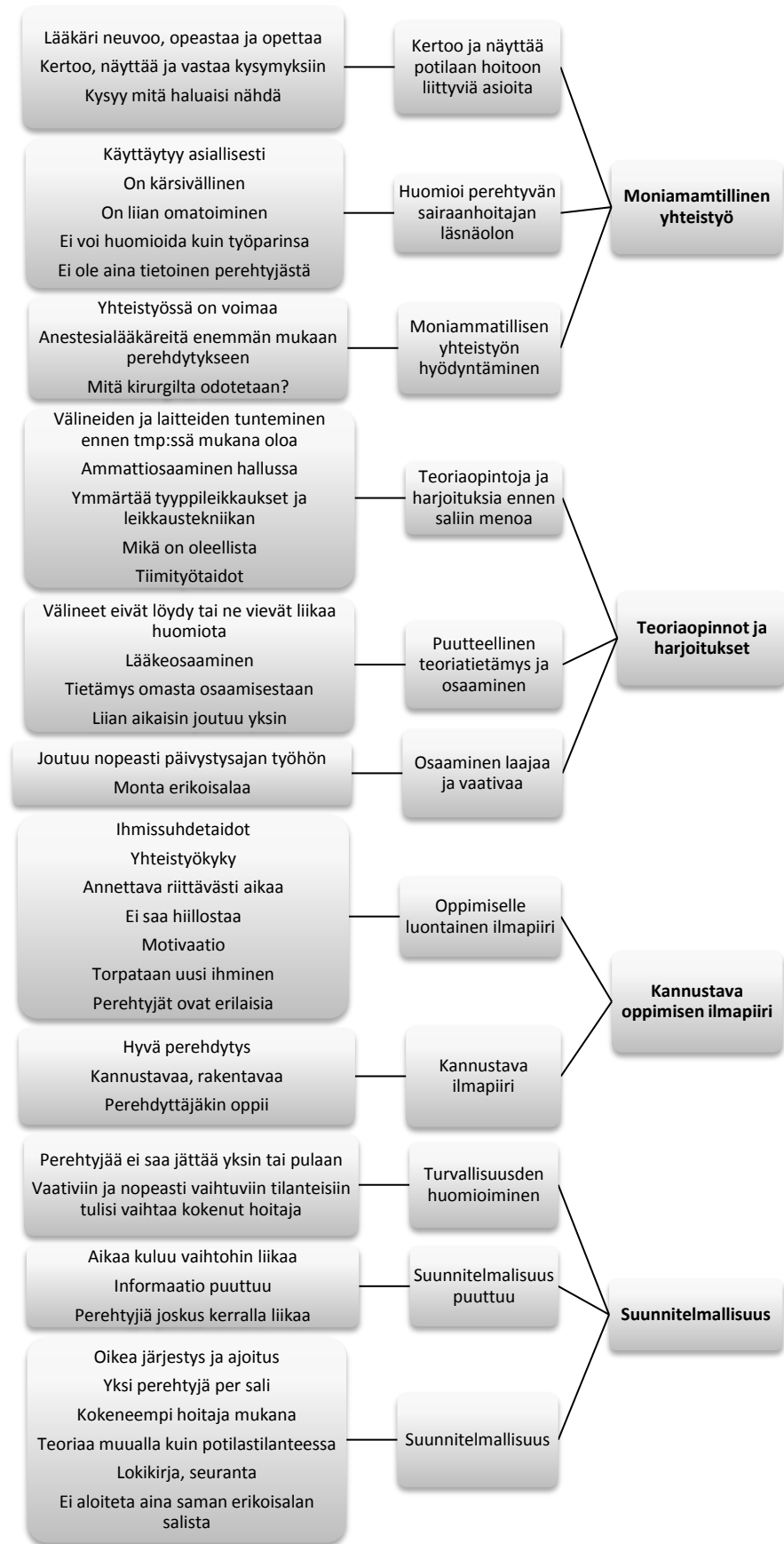
1) Moniammatillinen yhteistyö muodostui kolmesta alaluokasta: *kertoo ja näyttää potilaan hoitoon liittyviä asioita, huomioi perehtyvän sairaanhoitajan läsnäolon ja moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen. Kertoo ja näyttää potilaan hoitoon liittyviä asioita* esiintyi perehtyvälle sairaanhoitajalle potilaan hoitoon liittyvien asioiden neuvomisena, opastamisena ja opettamisena sekä kysymyksiin vastaamisena. Lääkärit myös kertoivat kysyvänsä mitä perehtyjä haluaa tietää tai nähdä. *Huomioi perehtyvän sairaanhoitajan läsnäolon* näkyi tervehtimisellä, huomioimisena, asiallisena

käyttäytymisenä ja kärsivällisyytenä sekä pitkämielisyytenä. Toisaalta lääkärit totesivat, etteivät aina pysty huomioimaan perehtyjää, ellei hän ole työparina lääkäriä tai jos perehtyjän läsnäolosta ei kerrota lääkärille. *Moniammatillisen yhteistyön hyödyntämisessä* nousi näkökulmina lääkärin tuen ja opetuksen osuuden ottaminen mukaan sairaanhoitajan perehdytykseen ja selvittäminen mitä lääkäriltä odotetaan perehdytyksessä. Lisäksi todettiin, että yhteistyössä on voimaa.

2) Teoriaopinnot ja harjoitukset muodostuivat kolmesta alaluokasta: *teoriaopintoja ja harjoituksia ennen saliin menoa, puutteellinen teorian tietämys ja osaaminen sekä osaaminen on laajaa ja vaativaa. Teoriaopintoja ja harjoituksia ennen saliin menoa* luokassa esiintyi vaatimus välineiden ja laitteiden käytön hallitsemisesta ennen leikkaukseen mukaan tuloa. Lisäksi ammattiosaaminen, aseptiikan ja tyyppileikkausten hallinta, leikkauksen kulun ja tarkoituksen ymmärtäminen sekä tiimityön perusteet nousivat vastauksista. *Puutteellinen teorian tietämys ja osaaminen* esiintyivät siten, ettei välineitä löydetä tai osata käyttää, lääkeosaaminen ei ole riittävää, perehtyjällä ei ole tietämystä omasta osaamisestaan eikä hän ymmärrä, mikä on oleellista. *Osaaminen on laajaa ja vaativaa*, koska erikoisaloja on monta ja päivystysajan työvuoroon joutuu nopeasti.

3) Kannustava oppimisen ilmapiiri muodostui kahdesta alaluokasta: *oppimiselle luontainen ilmapiiri ja kannustava ilmapiiri. Oppimiselle luontaisen ilmapiirin* muodostavat ihmissuhdetaidot, yhteistyökyky ja motivaatio. Perehtyjälle on annettava yksilöllisesti riittävästi aikaa, eikä häntä saa hiillostaa tai kyykyttää. *Kannustavassa ilmapiirissä* saa kannustavaa ja rakentavaa perehdytystä, jossa myös perehdyttäjällä on mahdollisuus oppia.

4) Suunnitelmallisuus muodostui kolmesta alaluokasta: *turvallisuuden huomioiminen, suunnitelmallisuus puuttuu ja suunnitelmallisuus. Turvallisuuden huomioiminen* esiintyi vaativissa ja kiireellisissä tilanteissa, jolloin perehtyjää ei saa jättää yksin ja olisi oltava mahdollisuus vaihtaa kokenempi hoitaja tilalle. *Suunnitelmallisuuden puute* nousi ajan kulumisena hukkaan toimenpiteiden välillä, informaation puutteena ja perehtyjä oli kerralla liikaa. *Suunnitelmallisuus* tuli esiin perehtyjien sijoittelussa erikoisaloille ja kokeneen sairaanhoitajan pariin. Teorian opettelu muulloin kuin potilastilanteessa, lokikirjan pito ja etenemisen seuranta koettiin tärkeinä.



Kuvio 7 Lääkäreille suunnatun kyselyn pohjalta nousseet kehittämisen kohteet.

5.3 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa työryhmän kanssa luotiin näyttöön perustuen eli kirjallisuuskatsauksen, Operan ja kyselyiden tulosten pohjalta perehdytyksen kehittämisen prosessi. Työryhmä laati myös konkreettisen toteuttamissuunnitelman ja tavoitteet. Tutkija laati arviointiin sopivat menetelmät. Työryhmäkokouksissa käsiteltiin Operan nostamien teemojen kautta perehdytyksen prosessia.

Halukkaita ja kiinnostuneita jäseniä työryhmään tutkija haki sähköpostiviestin ja henkilökohtaisen keskustelun avulla. 28.1.2011 olleen Operan yhteydessä tutkija kertoi työryhmään haettavista jäsenistä. Silloin hän myös painotti, että työryhmä jatkaa niiden aiheiden työstämistä jotka nousivat Operasta. Työryhmään lähti mukaan viisi asiasta kiinnostunutta sairaanhoitajaa. Heistä kolme oli leikkauspuolelta ja kaksi anestesiapuolelta. Ryhmän vetäjänä toiminut tutkija on leikkauspuolen hoitaja. Osaston työvuorosuunnittelusta vastaavat apulaisosastonhoitajat suunnittelivat kokoukset työvuoroihin klo:15 – 16. Kokouksia oli yhteensä viisi ja ne pidettiin joka toinen viikko. Kokoukset toteutuivat suunnitelmien mukaan, yhtä kokousta lukuun ottamatta, jolloin tutkija oli äkillisesti poissa työstä. Tässä kokouksessa työryhmäläiset keskustelivat vapaasti siihen mennessä työsteityistä asioista. Tutkija lähetti työryhmäläisille etukäteen materiaalia ja osin sitä jaettiin myös kokouksissa. Kaikista kokouksista laadittiin kokouspöytäkirja, kiertävää sihteerivuoroa noudattaen. Ryhmän kokouksista tutkija tiedotti osastonhoitajaa.

Kokousten välissä työryhmäläiset kirjasivat reflektiolomakkeille ajatuksiinsa ja pohtivat kokouksissa käsiteltyjä asioita. Asioita sai kirjata vapaasti, vaikka lomakkeessa oli neljä ajatusta herättävää kysymystä: 1) Mitä ajatuksia työryhmän kokoontuminen sinussa herätti? Mitä ajattelet käsitelystä asiasta? 2) Mitä ajatuksia lukemasi materiaalista nousi? 3) Mihin asioihin perehdytykseen liittyen olet törmännyt työssä? ja 4) Mikä perehdytykseen liittyen innostaa ja/tai turhauttaa sinua juuri nyt? Reflektion kautta nousseita ajatuksia ja näkökulmia tutkija toi esiin seuraavissa kokouksissa.

5.3.1 Työryhmätyöskentely

Kohdeosaston perjantaipalaverissa 11.3.2011 tutkija esitteli kehittämissuunnitelman pääkohdat ja suunnittelun etenemisen. Mukana kuuntelemassa olivat myös kaikki työryhmään kuuluvat jäsenet, joten erillinen hankkeen esittely ei ollut tarpeen ensimmäisellä kokoontumiskerralla.

Ensimmäisellä kokoontumisella 15.3.2011 keskusteltiin yhdessä odotuksista, yhteisistä pelisäännöistä ja työryhmätyöskentelyn tavoitteista. Odotuksina nousi näkyvyyden saaminen ja kynnyksen madaltaminen perehdytysohjelman käytölle sekä työyhteisön motivoiminen ja motivoituminen perehdytykseen. Yhteisistä pelisäännöistä sovittiin käytännön asioiden suhteen, kuten tutkijan tehtäväkuva ryhmän vetäjänä, kiertävä sihteerin tehtävä, kesällä perehdyttäjänä toimiminen. Työryhmän työskentelylle sovittiin tavoitteiksi perehdytysprosessin selkiyttäminen osastolla, positiivi-

nen sosiaalistuminen työyhteisöön ja perioperatiivisen työn periaatteet → ”oivaltamisesta osaamiseen”.

Toisella kokoontumiskerralla 29.3.2011 keskusteltiin erikoislääkäreille suunnatun kyselyn tuloksista. Tutkija kertoi suunnitelmista nimetä osastolle perehdytyskoordinaattori. Käsiteltiin 28.1.2011 Operassa nousseita kohtia *aika* ja *suunnitelmallisuus*, joista nousi tärkeänä yksilöllisen perehdytyksen huomioiminen. Hahmoteltiin myös keskimääräistä kestoja perehdytykselle. Aloitettiin perehdytyksen prosessin avaaminen ja käsittely Kupias & Peltola 2009 kirjoittaman kirjan, Miettinen ym 2006a ja Miettinen 2009 -artikkelisarjan pohjalta. Ideoina syntyi esite osaston toiminnasta, Tervetuloa taloon -perehdytys ja kierrätys yhteistyöosastoilla, kuvallinen taulu henkilökunnasta seinälle, lounastreffit suunnitellusti uudelle työntekijälle, perehdytyksen vaihteellinen eteneminen ja arviointikeskustelujen liittäminen vaiheistukseen.

Tutkijan äkillisen työstä poissaolon vuoksi työryhmä kokoontui kolmannen kerran 15.4.2011 ilman tutkijaa. Työryhmä koki ryhmää vetävän tutkijan roolin niin tärkeäksi, ettei suostunut toteuttamaan tutkijan valmiiksi laatimaa kokoussuunnitelmaa. Suunniteltu osuus toteutettiin seuraavassa työryhmäkokouksessa. Työryhmä keskusteli anestesia- ja leikkauspuolelta mahdollisesta tutor-roolista perehdytyksessä, perehdytyskoordinaattorin tarpeellisuudesta erikseen anestesia- ja leikkauspuolelle, anestesiapuolen perehdytyksen etenemisestä ja pituudesta, joka hyvin suunniteltuna saattaisi olla lyhyempi kuin aiemmassa kokouksessa mietitty 33 viikkoa. Anestesiahoitajan pätevyyssäilytyksen työn yksinäisyydestä sekä leikkauspuolen hoitajien tarvitsemasta heräämöjaksosta keskusteltiin myös.

Neljännessä kokoontumisessa 26.4.2011 työryhmä työsti 28.1.2011 Operasta nousseita teemoja *perehtyjä* ja *perehdyttäjät* Operan-menetelmällä. Sillä haettiin asioita, joita perehtyjällä ja perehdyttäjällä tulee olla. Tuloksena oli, että perehtyjällä tulee olla: *halu oppia*, hänen tulee olla *motivoitunut*, *aktiivinen* ja hänellä on oltava *pyrkimys itsenäisyyteen*. Tulosten muodostuminen on esitetty tarkemmin taulukossa 1. Perehdyttäjällä taas tulee olla *halu ohjata*, *yhteistyötaitoja*, *ammattitaitoa* ja *kyky ohjata* uutta työntekijää. Tulokset nähtävänä tarkemmin taulukossa 2. Työryhmä totesi myös, että perehtyjän ja perehdyttäjän välillä tulee olla *luottamussuhde*.

Taulukko 1 Ominaisuudet, joita perehtyjällä tulisi olla.

Halu oppia	Motivoitunut	Aktiivinen	Pyrkimys itsenäisyyteen
Halu oppia, ymmärtää	Avoin suhtautuminen uuteen	Oma-aloitteisuus	Halu itsenäistyä
Innokkuus	Aito kiinnostus työtehtävää kohtaan	Aktiivinen	Reflektointikykyä
Kiinnostuneisuus	Tarkkaavaisuus	Kommunikointitaitoa	

Taulukko 2 Ominaisuudet, joita perehdyttäjällä tulisi olla.

Halu ohjata	Yhteistyötaidot	Ammattitaito	Kyky ohjata
Halu opettaa/ohjata	Osaa selvittää asioita	Kyky ajatella kriittisesti omaa toimintaansa	Osaa jaotella asioita keskeisiin ja vähemmän keskeisiin
Halukkuutta perehdyttää	Loogisuutta/selkeyttä	Hyvä ammatillinen itsetunto	Stressin (epätäydellisuuden) sietokyky
Positiivinen asenne	Kyky ilmaista itseään	Kokemusta, tietoa & taitoa	Osaa hahmottaa kokonaisuuksia
	Sosiaaliset taidot		
	Hyvää palautteen antotaitoa		

Työryhmän viidennessä kokoontumisessa 10.5.2011 keskusteltiin aiempien kokousten aiheista ja tulevan perjantain 13.5.2011 palaverin etenemisestä, jossa tutkija esittelee työryhmän aikaansaamat ehdotukset työyhteisölle. Keskusteltiin yhden työryhmäläisen laatimasta anestesiahoitajan perehdytysohjelmasta, joka poikkesi ryhmän yhdessä aiemmin laatimasta. Lopuksi keskusteltiin vapaasti perehdytyksestä ja hankkeen etenemisestä sekä esimiesten tuen tärkeydestä ja perehdyttäjien koulutuksen järjestämisestä.

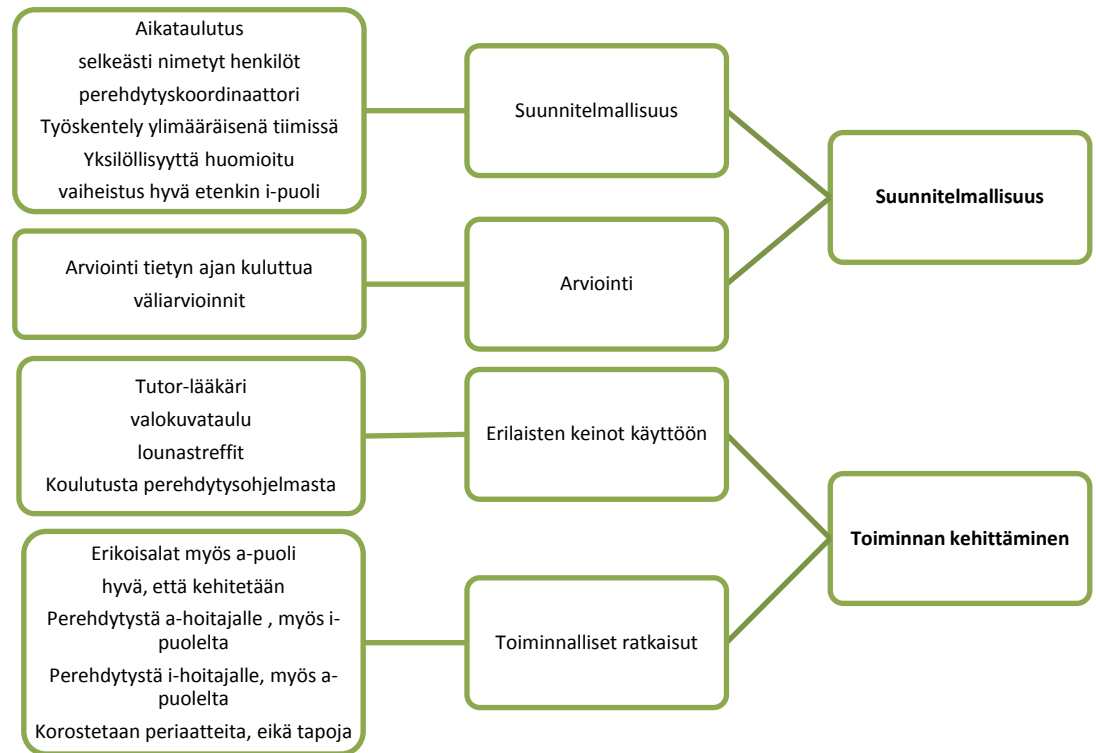
5.3.2 Opera-työskentely 13.5.2011

Suunnitteluvaiheen lopussa työryhmän aikaansaamat asiat esiteltiin osaston henkilökunnalle aamupalaverissa. Apuna käytettiin jälleen Operamenetelmää, josta oli aiemmin hyvät kokemukset. Opera soveltuu myös tällaisten ehdotusten esittelyyn (Släen & Mantere 2000, 102 – 106). Paikalla oli tutkijan lisäksi 28 osaston henkilökuntaan kuuluvaa hoitotyöntekijää, joista kolme oli lähiesimiehiä. Aluksi tutkija esitteli työryhmän esityksen lyhyesti. Tänä aikana kuulijat eivät saaneet kommentoida. Heidän tuli kirjata hyviä puolia ja vahvuuksia sekä vielä kehitettäviä asioita ja ongelmakohtia paperille. Tämä ei aivan toteutunut. Menetelmällä kuitenkin jatkettiin neljän hengen ryhmätyöskentelyyn, jossa ryhmät valitsivat neljä positiivisinta asiaa ja neljä tärkeintä kehittämisen kohdetta. Positiiviset asiat kerrottiin ääneen ja kehittämis ehdotukset kirjattiin ylös ryhmämuiistiin. Ryhmät esittelivät kehittämis ehdotuksensa ja sen jälkeen ristiinarvioitiin. Ryhmät saivat kahdeksan äänestystarraa, joista vain yhden sai antaa omalle ehdotukselleen. Ristiinarviointi äänestyksen jälkeen aloitettiin ryhmittely, jota ei ajanpuutteen vuoksi ehditty viemään loppuun. Tutkija ryhmitteli ja nimesi nousseet kehittämis ehdotukset.

Operan etenemisen tutkija oli suunnitellut etukäteen tarkkaan edellisen kokemuksen perusteella. Tutkijan osuus palaverista ei kuitenkaan päässyt alkamaan sovitusti ja esittelyvaiheen ylimääräiset keskeytykset veivät myös aikaa. Aikaa kului edelliseen Operaan verrattuna huomattavasti enemmän ryhmätyöskentelyvaiheeseen. Näistä syistä johtuen tämä Opera ei onnistunut tutkijan mielestä parhaalla mahdollisella tavalla. Kehittämis ehdotuksia kuitenkin saatiin jatkokehittelyä varten. Työryhmän oli tarkoitus kokoontua vielä kesällä käsittelemään näitä, mutta lomista, työyksikön

toiminnallisista syistä ja yhden jäsenen ryhmästä irtisanoutumisen vuoksi se ei toteutunut.

Positiivisina ja hyvinä asioina ryhmän esityksestä nousi tutkijan tekemän induktiivisen sisällönanalyysin avulla kaksi pääkohtaa: Suunnitelmallisuus ja toiminnan kehittäminen. (kuvio 8) *Suunnitelmallisuus* esiintyi aikataulutuksen, selkeästi nimettyjen vastuualueiden, perehdytyskoordinaattorin ja arvioinnin huomioimisena suunnitelmassa. *Toiminnan kehittäminen* ilmeni erilaisten uusien keinojen kuten Tutor-lääkäri toiminnan, valokuvataulun, lounastreffien ja perehdytyskoulutuksen mukaan ottamisessa. Erilaiset työn toiminnalliset ratkaisut, kuten erikoisalojen tuominen myös anestesiahoitajien perehdytykseen, kehittäminen yleensä ja periaatteiden korostaminen perehdytyksessä omien työtapojen opettamisen sijaan nousivat hyvinä asioina. Kiitosta sai myös perehdytyksen suunnittelu eri osaamisalueille, riippumatta tuleeko henkilö työskentelemään anestesia vai leikkauspuolelle.



Kuvio 8 Hyvät asiat, joita oli huomioitu suunnitelmassa.

Keskeisiä kehittämis ehdotuksia nousi viisi: 1) aika, 2) suunnitelmallisuus, 3) imago, 4) kehittyminen ja 5) yksilöllisyys. Jokaisen ryhmän sisältö on esitelty tärkeysjärjestyksessä, eli eniten äänestystarroja saaneet ensimmäisenä.

1. **Aikaa** tulee olla riittävästi, jotta perehtyjä voi työskennellä tiimin ylimääräisenä jäsenenä. Aikataulujen tekeminen on vaikeaa osaston muuttuvissa tilanteissa. Miten aikaa ja henkilökunta resursseja saadaan järjestettyä?
2. **Suunnitelmallisuudessa** tulee huomioida myös päivystysaikaiseen työhön perehdytys, jolloin erityisesti anestesiahoitajalla ei ole kollegan tukea työvuorossa. Tutor-lääkärin toimintaa tulee edelleen

kehittää moniammatillisesti. Erityisesti anestesiahoitajan kohdalla tulee miettiä erikoisalojen toteutumisen tarpeellisuutta ja salijakoa. Toisiaan tukevat erikoisalat tulisi olla perehdytyksessä samanaikaisesti.

3. **Imago** vaikuttaa työhön sitoutumiseen ja se muodostuu siitä, miten osasto näyttäytyy uudelle työntekijälle. Esittelykansio osastosta ja sen toiminnasta sekä kuvakirja tai -taulu henkilökunnasta tulee laatia. Uudelle työntekijälle tulee antaa positiivinen kuva työyhteisöstä jo etukäteen.
4. **Kehittyminen** tapahtuu palautetta keräämällä ja hyödyntämällä. Perehtyjän näkökulmaa tulee kuunnella paremmin ja hänelle tulee antaa mahdollisuus palata perehdytykseen tarvittaessa.
5. **Yksilöllisyys** nousee aiemman työkokemuksen tai sen puuttumisen huomioimisena perehdytyksen suunnittelussa. Laite- ja anestesia-ajokortteja voisi suunnitella.

Yhtenä merkittävimpänä kehittämiskohteena Opera-työskentelystä nousi imago, jossa sitoutuneisuus perehdytykseen ja työyhteisöön sekä osastonesittelykansioon kehittäminen nousivat tärkeiksi. Molemmat antavat merkittävää kuvaa osastosta ulospäin ja vaikuttavat työssä pysymiseen. Osastolla toteutetaan syksyn 2011 aikana imagokysely opinnäytetyönä ja tulosten pohjalta asiaa kehitetään. Esittelykansioon tekeminen on tärkeä, mutta aikaa vievä tehtävä. Näistä syistä johtuen tutkija ei lähde kansiota työstämään tämän hankkeen puitteissa, vaan se esitetään kehittämisehdotuksena osaston esimiehille.

Toinen merkittäväksi noussut seikka on yksilöllisyyden huomioiminen perehdytyksessä. Aikaisemman osaamisen hyödyntäminen ja perehdytyksen laatiminen siten, että se tukee sopivasti aiempaa osaamista, on tärkeää. Yksilöllisyys ja sen huomioiminen on yksi koko projektin tärkeistä tukipilareista. Siihen tulee kiinnittää erityistä huomiota toteutusvaiheessa, koska se nousi näin voimakkaana esiin työyhteisössä edelleen, vaikka suunnitelmassa siihen on kiinnitetty huomiota. Perehdytyskoordinaattorin tärkeänä tehtävänä on huomioida yksilöllinen suunnittelu jokaisen perehtyjän kohdalla.

Kolmantena kohtana korostunut tekijä oli päivystysajan perehdytyksen puuttuminen suunnitelmasta ja erityisesti anestesiahoitajan jääminen nopeasti yksin tiimin jäseneksi, joka korostuu erityisesti päivystysajan työssä. Suunnitelmallisuudessa päivystysaikaisen työn aloittaminen tulee huomioida yksilöllisesti. Se voidaan aloittaa asteittain, miettien millainen tuki iltavuoroon, yövuoroon tai viikonlopun vuoroihin voidaan suunnitella. Voiko tiimiä vahvistaa sen muiden jäsenten valintaan vaikuttamalla tai heräämön henkilökunnan osaamisen vahvistamisella?

Perehdytyksen kehittäminen saadun palautteen perusteella vaatii palautejärjestelmän kytkemisen arviointijärjestelmän yhteyteen. Ajan irrottaminen perehdytykseen ja ylimääräisenä työskentelyyn lienee ainainen haaste. Sopivan balanssin löytäminen jokaiselle perehtyjälle on avain tähän kohtaan. Yksilöllinen suunnitelma mahdollistaa balanssin löytymisen.

5.3.3 Palaveri lähiesimiesten kanssa 25.5.2011

Tutkija tapasi lähiesimiehet ja sopi heidän kanssaan tarkemmin perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvasta suhteessa esimiesten perehdytyksen vastuualueisiin. Kohdeosaston kolmesta lähiesimiehestä kokoukseen pääsi vain hanketta ohjaava osastonhoitaja ja toinen apulaisosastonhoitaja alun noin 15 minuutiksi. Palaverissa sovittiin koordinaattorin tehtäväkuvasta suhteessa esimiestyöhön. Sovittiin konkreettisesti mitkä kohdat perehdytyslukujärjestyksen yhteisestä osiosta käy koordinaattori läpi ja mitkä esimies. Sovittiin myös, että koordinaattori laatii suunnitelman perehdytyksen etenemisestä yksilöllisesti, esittelee tulokkaan muille työkavereille ja pitää huolen lounastreffeistä ensimmäisenä päivänä. Ensimmäisen päivän ohjelmaa suunniteltiin myös aikataulullisesti. Tarkemmin perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvaus on liitteenä 10 6/11.

Koordinaattori suunnittelee ja aikatauluttaa perehdytysohjelman. Alku suunnitellaan esitietojen perusteella ja tarkempaa suunnitelmaa tehdään ensimmäisen viikon aikana. Aikatauluun suunnitellaan myös erilaisten vastuualueiden kuten esim. aseptiikka, työsuojelu, hälytysvalmius ja elvytys vastuuhoidajien osuudet kootusti, niin että samaan aikaan kuulemassa on useampi eri vaiheessa oleva perehtyjä.

Arviointikeskustelujen käymisestä sovittiin, että koordinaattori aikatauluttaa niiden ajankohdat ja käy tulokkaan kanssa ensimmäisen viikon lopulla lyhyen keskustelun, jossa kartoitetaan perehdytyksen eteneminen. 1 - 2 kuukauden kohdalla koordinaattori keskustelee perehdyttäjän kanssa perehtyjän edistymisestä ja laaditaan arviointi siihenastisesta etenemisestä. Koordinaattori keskustelee perehtyjän kanssa rakentavasti edistymisestä jonka pohjalta tehdään yhdessä jatkosuunnitelma. Mukana arvioinnissa tai palautekeskustelussa on mahdollisuuksien mukaan myös perehdyttäjä ja tarvittaessa esimies. Koordinaattori pitää esimiehen ajan tasalla perehtyjän etenemisestä. Ennen neljän kuukauden työskentelyn umpeutumista käydään laajempi keskustelu edellisen kaavan mukaan, jolloin mukana on myös esimies. Tällöin keskustellaan viimeistään päivystysaikaisen työskentelyn aloittamisesta ja laaditaan perehdytysuunnitelmaa edelleen.

5.3.4 Suunnitteluvaiheen yhteenveto

Suunnitteluvaiheen aikana työryhmässä luotiin kriteerit perehtyjälle ja perehdyttäjälle, hyödynnettiin osaston moniammatillista osaamista lääkäreiden näkökulma mukaan ottaen kyselyn tuloksissa ja laadittiin työryhmän ja esimiestyön kautta perehdytyskoordinaattoreille tehtäväkuvaus. Perehdytysprosessi avattiin ajallisesti ja rakenteellisesti, siihen liitettiin arviointi ja palautejärjestelmä sekä perehdytyksen keskimääräinen kesto linjattiin. Lopullinen versio perehdytysprosessista on avattuna alla.

Perehdytysprosessin vaiheiden kuvauksen tarkoituksena on avata ja jaksoittaa perehdytyksen prosessia. Se on myös työkalu, jonka avulla voidaan jakaa perehdytyksen vastuuta esimiesten ja perehdytyskoordinaattorin välillä. Jokaisen perehtyjän kohdalla sovelletaan vaiheita ja aikataulua henkilön kokemuksen, osaamisen ja tarpeen mukaan. Prosessi jaetaan kuuteen

osaan: 1) ennen töihin tuloa, 2) vastaanotto ja ensimmäinen päivä, 3) ensimmäinen viikko, 4) ensimmäinen kuukausi, 5) ensimmäiset neljä kuukautta ja 6) työsuhteen päättyessä.

1) Ennen töihin tuloa -vaiheen tavoitteena on antaa tulokkaalle kuva tulevasta työstä ja siihen liittyvistä odotuksista. Työyhteisö valmistellaan siten, että tulokkaan on helppo tulla ja hän tuntee olevansa odotettu.

2) Vastaanotto ja ensimmäinen päivä -kohdan tavoitteena on antaa tulokkaalle tarvittavat työvälineet, luvat jne. Silloin myös varmistetaan, että hän osaa liikkua työympäristössä, tuntee lähimmät työkaverinsa ja itsensä tervetulleeksi ja odotetuksi.

3) Ensimmäinen viikko -kohdan tavoitteena on saada tulokas kiinni työhönsä, jotta hänelle muodostuu kokonaiskuva työstään, työyhteisöstä ja organisaatiosta. Hänelle hahmottuu myös kokonaiskuva siitä, mihin hänen tulee perehtyä. Tähän liittyy myös *arviointijakson ensimmäinen osa*, jonka tarkoituksena on varmistaa, että tulokas on päässyt sisään uuteen ympäristöön ja korjata mahdollisia eteen tulleita haasteita. Perehdytyksen etenemistä suunnitellaan yksilöllisesti, kun tiedetään mitä perehtyjä hallitsee ja hän tietää, mitä häneltä odotetaan.

4) Ensimmäisen kuukausi -kohdassa tulokkaan tulee olla jo päässyt kiinni tuottavaan työhön ja sisäistänyt yksikön toimintakulttuurin. *Toinen arviointijakso* sijoittuu 1 – 2 kuukauden työssäolon jälkeiseen aikaan. Sen tarkoituksena on kartoittaa miten työ on lähtenyt sujumaan, missä erityisesti vielä apua ja perehdytystä tarvitaan. Perehtyjän on myös mahdollista antaa palautetta, jonka pohjalta osastolla voidaan kehittää toimintaa. Arvioinnissa on mukana koordinaattori ja tarvittaessa esimies. Perehdyttäjän olisi myös hyvä olla mukana, mutta koordinaattori voi keskustella hänen kanssaan erikseen.

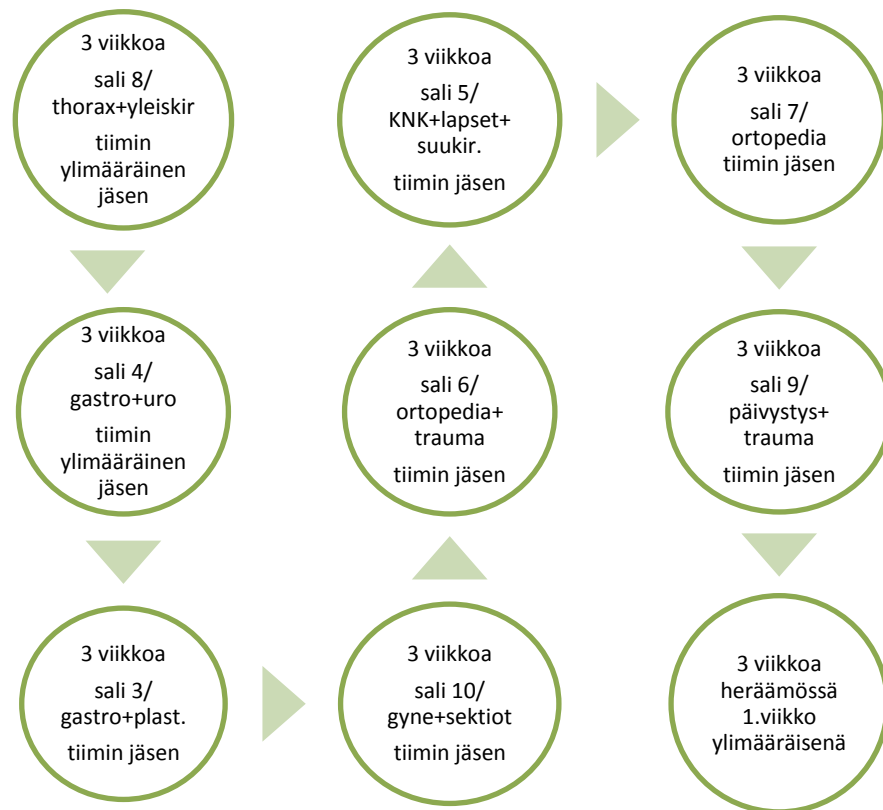
5) Ensimmäiset neljä kuukautta -vaiheen tavoitteena on, että perehtyjä selviytyy työstään itsenäisesti ja osaa hankkia tarvitsemaansa tietoa. Hän tuntee kuuluvansa työyhteisöön ja olevansa osa organisaatiota. Tässä vaiheessa käydään *kolmas arviointikeskustelu*, joka perustuu perehtyjän omaan, perehdyttäjän sekä koordinaattorin ja esimiehen yhteiseen arvioon osaamisesta. Arvioinnissa on aina mukana esimies ja mahdollisuuksien mukaan perehdyttäjä ja koordinaattori. Perehdytys suunnitelmaa jatketaan ja viimeistään tässä vaiheessa suunnitellaan päivystysaikaisen työskentelyn aloittamisesta. Perehtyjä täyttää palautelomakkeen, jonka tulokset auttavat perehdytysprosessin edelleen kehittämisessä.

6) Työsuhteen päättyessä on prosessin viimeinen vaihe, jonka tavoitteena on saada tietoa perehdytyksen onnistumisesta ja kehittämisehdotuksia. Tämän suunniteltiin koskevan erityisesti lyhytaikaisia sijaisuuksia tekeviä työntekijöitä. Esimies käy loppukeskustelun ja lähtijä täyttää palautelomakkeen. Tarkemmin perehdytyksen prosessi on esitelty liitteenä 10 9 – 10/11 ja arviointijaksojen sisältö 10 11/11.

Perehdytyksen keskimääräisen keston määrittäminen on tärkeää, jotta tiedetään missä ajassa uusi työntekijä perehtyy riittävästi tehtäväänsä. Yksilöllinen kesto voidaan suunnitella keskimääräisen pohjalta, jolloin huomioidaan aiempi koulutus, kokemus, erilaiset oppimistavat ja asioiden omaksumiskyky. Jokaisen työntekijän kohdalla tulee arvioida perehtyjän, perehdyttäjän, koordinaattorin ja esimiesten käsitys ja tuntuma siitä, milloin

työntekijä voi siirtyä itsenäiseen työskentelyyn, virka-ajan ulkopuolisiin työvuoroihin ja vaativampiin toimenpiteisiin.

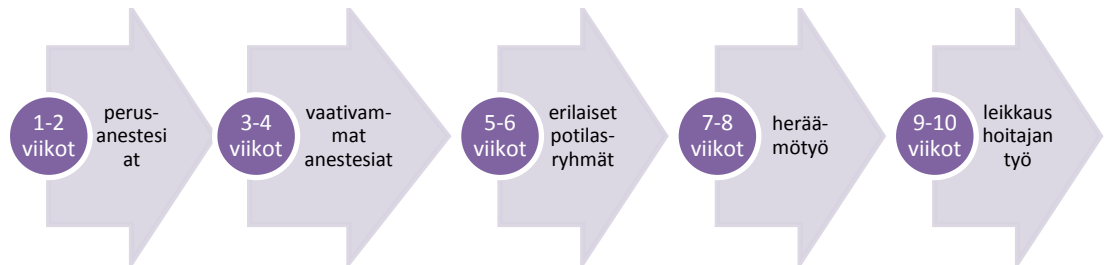
Keskimääräisinä kestoina leikkauspuolella käytetään kuutta viikkoa, jolloin perehtyjä työskentelee leikkaustiimin ylimääräisenä jäsenenä. Ensimmäiset kolme viikkoa perehtyjä on yhdessä salissa perehtyen kyseisessä salissa leikattaviin erikoisaloihin. Seuraavat kolme viikkoa hän on edelleen tiimin ylimääräisenä jäsenenä seuraavassa erikoisalan salissa. Tämän jälkeen hän työskentelee itsenäisesti, osana tiimiä kolmen viikon jaksoissa, kyseisen erikoisalan vastuuhoidajan työparina. Perehdytykseen suunnitellaan myös kolmen viikon heräämö työskentely jakso, jossa perehtyjä on ensimmäisen viikon ylimääräisenä. Heräämöjakso tulee vasta kun leikkauspuolen asiat alkavat olla hallinnassa, mutta ennen päivystysaikaisen työn aloittamista. Näin kokonaisperehdytysajaksi, jolloin kaikki 12 erikoisalaa on käyty läpi, tulee 27 viikkoa, eli reilut kuusi kuukautta, joista seitsemän viikkoa perehtyjä on jo ylimääräisenä. Esimerkki perehdytyksen etenemisestä leikkauspuolella on esitetty kuviossa 9.



Kuvio 9 Perehdytysprosessin ajallinen eteneminen leikkauspuolella.

Anestesiapuolen työskentely on erilaista, heillä ei ole salissa kollegaa jolta kysyä neuvoa, työskentelyssä ei ole niin selkeitä eroja erikoisaloittain ja heille tulee usein heräämön iltavuoroja aikaisemmin. Näistä seikoista johtuen anestesiapuolen perehdytys etenee toisella tavalla. He ovat ylimääräisenä työntekijöinä 2 viikon jaksoissa aloittaen 1 – 2 viikot *perusanestesiassa* (ASA 1 -2 (-3 potilaat), seuraavat kaksi viikkoa *vaativammissa anestesoissa*, viikot 5 – 6 perehdytään *erilaisiin potilasryhmiin*, viikot 7 – 8 *heräämötöyöhön* perehtymässä ja 9 – 10 viikot *leikkaushoitajan työhön* perehtymässä (valvovanhoitajan, lääkintävahtimestarin ja välinehuoltajan

tehtävät). Näin anestesiahoitajan kokonaisperehdytysajaksi tulee 10 viikkoa, eli 2,5 kuukautta ylimääräisenä työntekijänä. Tämän jälkeinen itsenäinen työskentely tulee suunnitella yksilöllisesti. Periaate anestesiapuolen perehdytysprosessin etenemisestä on esitetty kuviossa 10.



Kuvio 10 Perehdytysprosessin ajallinen eteneminen anestesiapuolella.

5.4 Toteutusvaihe

Uudistetun perehdytysprosessin toteutusvaiheessa oli mukana kaikkiaan 15 työntekijää. Heistä 10 oli Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksiköstä kesäksi siirtyneitä työntekijöitä, joiden perehdytys suuntautui enemmän ohjaamiseen ja tukemiseen. Toteutusvaiheen aikana tutkija toimi osastolla perehdytyskoordinaattorina ja seurasi perehdytyksessä olevia työntekijöitä ja heidän perehdytyksensä etenemistä laatimansa taulukon avulla. Tutkija kävi myös arviointikeskustelut leikkauspuolen ja osittain anestesiapuolen työntekijöiden kanssa. Anestesiapuolen työntekijöiden arviointikeskustelut oli tarkoitus käydä anestesiapuolen koordinaattorin, mutta se ei toteutunut. Seurantataulukko on liitteenä 6, työntekijöiden nimet on muutettu. Tutkija hoiti koordinaattorin tehtävää paljolti oman sairaanhoitajan työnsä ohessa, kahta siihen irrotettua päivää lukuun ottamatta. Lisäksi tutkija toimi leikkauspuolen apulaisosastonhoitajan viransijaisena neljä viikkoa, jolloin hänen oli mahdollista hoitaa myös koordinaattorin tehtävää.

Riihimäen työntekijöille tutkija lähetti etukäteen kyselyn, jossa tiedusteltiin heidän toiveitaan tulevan työskentelyjakson perehdytyksestä. Kysely on liitteenä 10 5/11. Kyselyyn vastasi määräaikaan mennessä kuusi henkilöä kymmenestä. Kyselyn vastauksista nousi toive voida työskennellä omalla osaamisalueella ja erikoisaloilla. Perehdytystä ei koettu tarpeelliseksi, mutta nimettyä tukihenkilöä, jolta voi kysyä neuvoa, toivottiin, samoin kierrosta osaston tiloissa ja ymmärtävää suhtautumista. Kysely oli nettipohjainen ja sitä voidaan jatkossa käyttää ennakkokyselynä.

Leikkauspuolen hoitajien kohdalla perehdytys eteni keskimääräisen kesto-suunnitelman mukaan. Siihen aiheutti haasteita perehdytysten osa-aikainen työaika, eritasoinen osaaminen ja osaamisalueet sekä loma-aika ja päivystystyyppisten toimenpiteiden runsaus. Salisijoituksissa pyrittiin kuitenkin huomiomaan kolmen viikon jaksotus. Anestesiapuolen perehdytysten kohdalla suunnitelmat eivät toteutuneet, koska tutkija ei päässyt vaikuttamaan anestesiapuolen sijoitteluun ja perehdytys ohjautuivatkin pääsääntöisesti heräämöhön, jossa he työskentelivät itsenäisesti hyvin varhaisessa vaiheessa. Tämä johtui väärinkäsityksistä perehdytysten osaamistasosta, edellä mai-

nituisista kesäajan toiminnan haasteista, henkilökuntaresursseista ja esimiestyössä tehdyistä ratkaisuista. Työryhmän tärkeänä pitämä anestesiapuolen oman perehdytyskoordinaattorin toiminta ei myöskään toiminut, johtuen vuosilomista ja siitä, ettei valittu henkilö saanut siihen työkaluja.

Arviointikeskustelut tutkija kävi perehdytyskoordinaattorin ominaisuudessa suunnitelman mukaan. Ensimmäisen viikon keskustelut toteutuivat neljän henkilön kohdalla. Keskustelut olivat hyvin vapaamuotoisia ja ne tapahtuivat normaalin toiminnan lomassa. Yhden keskustelun kävi esimies. Toiset arviointikeskustelut käytiin noin kahden kuukauden kohdalla ja ne toteutuivat kolmen perehtyjän kohdalla. Neljän kuukauden kohdalle ajoittuvat arviointikeskustelut sijoituivat toteutusvaiheen loppupuolelle. Ne eivät toteutuneet kenenkään osalta hankkeen aikataulussa. Perehtyjille jaettiin kuitenkin palautekyselyt hankkeen loppuarviointia ja edelleen kehittämistä varten. Riihimäen yksikön sijaisten loppukeskustelut ajoitettiin jokaisen henkilön jakson viimeisiin päiviin ja ne toteutuivat yhtä lukuun ottamatta.

Perehdytystyöryhmän oli tarkoitus kokoontua toteutusvaiheen aikana muutamaan otteeseen, viemään prosessin suunnittelua pidemmälle 13.5.2011 Operasta nousseiden tulosten pohjalta. Perehdytyskoordinaattoreiden tehtäväjakoa ja perehdytysten etenemistä sekä anestesiahoitajien perehdytyksen kestoa ja jaksotusta olisi myös ollut tarkoituksenmukaista työstää työryhmässä edelleen. Työryhmän kokoontumiset eivät kuitenkaan toteutuneet, johtuen loma-ajasta, resursseista ja yhden työryhmäläisen ryhmästä irtisanoutumisesta.

5.5 Arviointivaihe

Arviointivaiheessa toteutettiin perehtyjille oma kvantitatiivinen kysely, jonka avulla jatkossa kerätään tietoa osaston perehdytyksen kehittämistä varten. Lyhytaikaisessa sijaisuudessa osastolla olleilta kysyttiin palautetta työskentelyjaksosta, jonka tuloksia käytettiin osittain loppuarvioinnissa. Pienimuotoisella laadullisella kyselyllä kysyttiin perehdyttäjiltä, perehdytystyöryhmän jäseniltä sekä osaston esimiehiltä, miten hankkeen tavoitteet toteutuivat hankkeen aikana syntyneissä materiaaleissa. Laadullisten kysymysten tukena käytettiin monivalintakysymyksiä. Loppuarvioinnissa käytettiin myös hankkeen suunnitteluvaiheessa 13.5 olleessa Operassa nousseita hyviä ja positiivisia asioita.

5.5.1 Perehtyjille suunnattu kysely

Toive perehtyjille suunnatusta kyselystä, josta on osastolle hyötyä myös jatkossa, nousi osaston esimieheltä. Kysely antaa jatkossa palautetta perehdytyksen onnistumisesta ja siten kehittää perehdytystä osastolla edelleen. Osastolle käyttöön jäävän kyselyn tuli olla helppokäyttöinen, eikä sen analysointi saanut viedä liikaa aikaa tai vaatia suurta tulkintataitaa. Näyttöön perustuva ja jo käytännössä hyväksi havaittu valmis strukturoitu kysely löytyi Lahden (2007) pro gradu-tutkielmasta. Kyselyä tutkija muutti hieman palvelemaan paremmin kohdeosastoa ja lisäsi siihen joitakin

kohtia Salosen (2004) pro gradusta, jonka kysely perustui myös tutkimusnäyttöön ja oli käytännössä hyväksi todettu. Kyselyn neljä ensimmäistä kysymystä kartoittivat taustatietoja ja seuraavat 5 – 62 olivat monivalintakysymyksiä. Arviointiasteikkona käytettiin numeroita yhdestä neljään, joissa yksi merkitsi täysin samaa mieltä, kaksi melko samaa mieltä, kolme melko eri mieltä ja neljä täysin eri mieltä. Lisäksi oli vielä kohta E eli en osaa sanoa. Vastaajan tuli rengastaa hänen näkemystään vastaava vaihtoehto. Viimeisenä oli avoin kysymys, jossa vastaajat saivat kertoa mitä muuta halusivat sanoa perehdytyksestään osastolla.

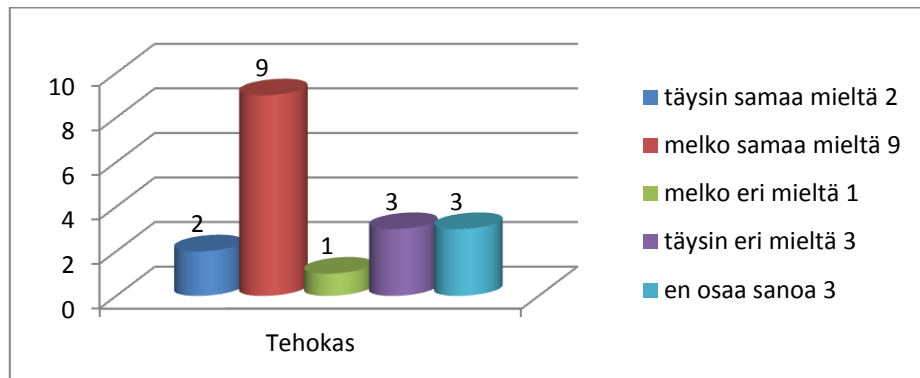
Koska kyselyn tuli ensisijaisesti palvella osaston tarvetta jatkossa ja hankkeeseen kuuluva otos oli vain viisi perehtyjää, joutui tutkija tekemään ratkaisuja saadakseen kyselyn vastaamaan myös hankkeen loppuarviointiin. Tutkija valitsi etukäteen kysymyksistä hankkeen kehittämisiongelmaan ja tavoitteisiin vastaavat ja käytti niistä saatuja tuloksia osana hankkeen loppuarviointia. Valitut kysymykset ovat lihavoituina liitteessä 7 olevassa kyselyssä. Vastaajien kyselyssä lihavoitua ei ollut, eivätkä he tienneet mitkä olivat erityisesti hankkeen loppuarviointiin vaikuttavia kysymyksiä.

Kyselyn mukaan laadittiin saatekirje, joka kertoi vastaajalle kehittämishankkeen tarkoituksesta, tärkeydestä ja hankkeen jatkokehittämisestä osastolla. Näin pyrittiin motivoimaan ja rohkaisemaan kyselyyn vastaamista. Saatekirje kertoi viimeisen palautuspäivän sekä ohjeen kyselylomakkeiden palauttamisesta. Saatekirje on liitteenä 8. Kyselylomake ja saatekirje jaettiin viidelle vastaajalle 14.9.2011 sisäpostikuorissa. Kyselyn palautusaikaa oli yksi viikko ja lomakkeet palautettiin nimettöminä sisäpostikuorissa tutkijan nimellä sisäpostin laatikkoon 21.9.2011 mennessä. Lomakkeita palautui määräaikaan mennessä 4, eli vastaus prosentti oli 80.

Perehtyjien strukturoitua kyselyä analysoitiin nostamalla kehittämisiongelmaan vastaavat, aiemmin valitut kysymykset ryhmiksi A4 paperille. **Tehokkuuteen** vastaavat kysymykset olivat lomakkeen kysymykset 10, 21, 44, 47 ja 62. **Yksilöllisyyteen** vastaavat kysymykset olivat lomakkeen kysymykset 37, 51, 53 ja 61. **Kannustavuuteen** vastaavat kysymykset olivat lomakkeen kysymykset 23, 26, 30, 32, 33, 39, 40, 41, 43, 46, 50, 52 ja 59. Tämän jälkeen tutkija kävi läpi yksitellen kaikki vastauslomakkeet ja siirsi edellä mainittujen kysymysten vastaukset tukkimiehenkirjanpidolla kyseessä olevien ryhmien papereihin. Tämän jälkeen laskettiin jokaisen kolmen ryhmän kysymysten vastaukset yhteen, eritellen kuinka monta vastausta oli kohdassa täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä, melko eri mieltä, täysin eri mieltä ja en osaa sanoa. Kahteen tehokkuusryhmään kuuluvaan kysymykseen oli jätetty vastaamatta tai vastaus oli epäselvä.

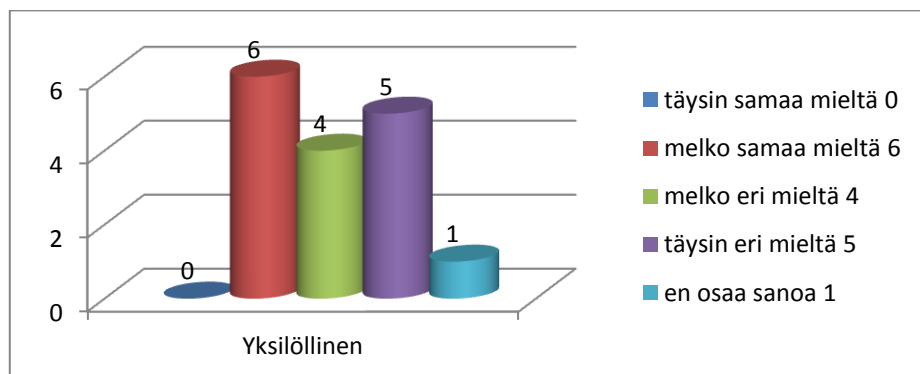
Perehtyjät olivat melko samaa mieltä siitä, että heidän saamassaan perehdytyksessä toteutui *tehokkuus* melko hyvin. He kokivat, että perehdytys oli etukäteen suunniteltua ja he olivat saaneet tutustua materiaaliin etukäteen. Perehdytyksessä oli perusteltu toimintatapoja ja perehdytysohjelma tuki hyvän perehdytyksen toteutumista osastolla. Toisaalta osa ei osannut sanoa, toimiiko osaston perehdytysohjelma hyvin. Vastausten jakautuminen esitetty kuviossa 11. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että perehdytyspro-

sessin tehokkuus saada samansisältöinen tieto suunnitelmallisesti perehty-
jien saataville on toteutunut melko hyvin.



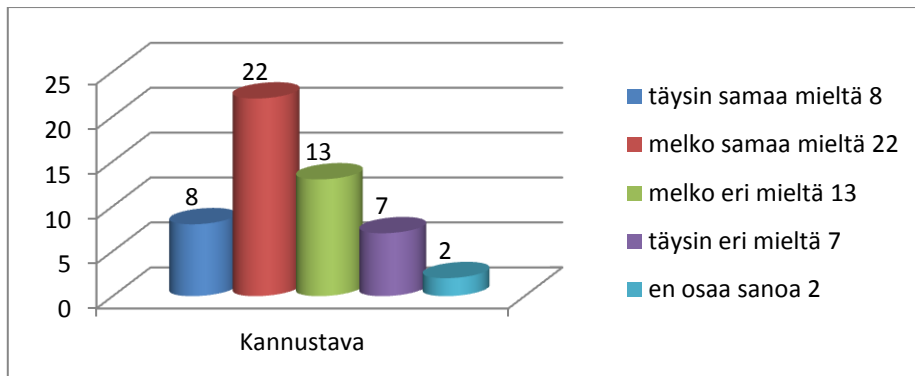
Kuvio 11 Tehokkuuden jakautuminen perehtyjien vastauksissa.

Yksilöllisyyden huomioimisessa perehdytyksessä osa vastaajista koki, että heidän aiempaa osaamistaan oli hyödynnetty ja heille oli laadittu oma perehdytysuunnitelma, jossa hyödynnettiin perehdytyslukujärjestystä. Osa koki kuitenkin, ettei näin ollut tapahtunut joten vastauksissa oli hajontaa. Enemmän samaa mieltä vastaajat olivat siitä, ettei heidän osaamistaan oltu arvioitu ennen perehdytysohjelman laatimista. Vastausten hajonta on nähtävissä kuviossa 12. Näin voidaan todeta, että perehdytysprosessin yksilöllisyys, aiemman osaamisen ja koulutuksen hyödyntäminen, ei toteutunut kaikilta osin parhaalla mahdollisella tavalla.



Kuvio 12 Yksilöllisyyden jakautuminen perehtyjien vastauksissa.

Vastaajat kokivat voineensa antaa palautetta ja tuoda hyvin mielipiteitään esiin. He kokivat myös saaneensa arvioida omaa kehitystään. Palautteen saamisessa oli vastauksissa havaittavissa selvää hajontaa, osa koki sitä saaneensa ja osa ei. Perehdyttäminen koettiin kuitenkin *kannustavaksi*. (kuvio 13) Voidaankin todeta, että perehdytysprosessissa onnistuttiin seuraamaan ja tukemaan perehtyjän etenemistä sekä antamaan palautetta, jotka kannustivat häntä.



Kuvio 13 Kannustavuuden jakautuminen perehtyjien vastauksissa.

5.5.2 Lyhytaikaisille sijaisille suunnattu kysely

Lyhyitä sijaisuuksia kesän aikana osastolla tehneisiin, pääosin Riihimäen yksikön kokeneisiin hoitajiin panostettiin osastolla erityisesti. Myös perehdytykseen ja työhön kiinnipääsemiseen pyrittiin kiinnittämään huomiota. Etukäteen lähetetyn kyselyn vastausten perusteella he eivät kokeneet tarvitsevansa varsinaista perehdytystä, vaan tukea päivittäiseen työhön ja osaamisalueiden huomioimista salisijoituksissa. Lyhytaikaisille sijaisille tehtiin oma kysely, jossa tiedusteltiin jakson onnistumista ja heidän viihtymistään osastolla. Kysely tehtiin osaston tarpeista, hankkeen loppuarvointiin sen tuloksia käytettiin osittain. Kyselyn lisäksi osastonhoitaja kävi yhtä lukuun ottamatta, kaikkien kanssa joko ryhmänä tai yksittäin palautekeskustelun. Sijaisia oli yhteensä 9 ja he kaikki palauttivat kyselyn, eli vastausprosentti oli 100. Loppuarvointiin käytettiin kyselyn kysymyksiä 2-3, jotka arvioitiin sisällönanalyysillä. Kysely on liitteenä 9.

Ensin muodostettiin analyysirunko lomakkeen kysymysten pohjalta. Aineisto käytiin kertaalleen läpi, jonka jälkeen edettiin kysymys kerrallaan. Jokaisesta kysymyksestä tehtiin oma A4 paperi, johon kerättiin kaikki kyseisen kohdan vastaukset ja kommentit. Tämän jälkeen jokainen kysymys käytiin läpi, yhdistellen ajatuskokonaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Saadut kokonaisuudet sijoitettiin analyysirunkoon.

Vastaajat kokivat, ettei perehdytystä ollut, eikä sille ollut tarvettakaan. Kysyttäessä aina neuvottiin ja osa muisti asioita edelliseltä kesältä. Yksi vastaaja koki, ettei uuden oppimiselle ollut tarvetta, koska opittua ei voi hyödyntää omassa työssään. Yhdessä vastauksessa koettiin jakso liian lyhyeksi, jotta perehdytyksestä saisi hyötyä. Kehitettäväksi nousi laitteiden käyttökoulutus, salijaossa osaamisen parempi huomioiminen ja ensimmäisinä päivinä voisi työskennellä samojen ihmisten kanssa. Kahden vastaajan mielestä etukäteen kartoitetusta osaamisesta ei ollut hyötyä, sillä sitä ei huomioitu. He kokivat, ettei henkilökunta tiennyt heidän osaamistaan. Seitsemän vastaajaa oli kuitenkin sitä mieltä, että osaaminen oli huomioitu, mutta välillä joutui liian haastaviin päivystysajan toimenpiteisiin. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta kaikkiin kolmeen kysymykseen ja yhdessä lomakkeessa ei ollut vastattu perehdytyksen kehittämiseen liittyvään kysymykseen. Tulokset on esitetty analyysirungon muodossa taulukossa 3.

Taulukko 3 Analyysirunko tuloksin.

Perehdytys lyhytaikaisten sijaisten kokemana	Kyllä / Ei	Kehittämisehdotukset/ kommentit
Vastasiko perehdytys odotuksia	Perehdytystä ei ollut, eikä sitä koettu tarpeelliseksi	Laitteiden käyttökoulutusta Osaamisalueiden huomioiminen Alkuun samojen ihmisten kanssa
Osattiinko aiempi kokemus huomioida	Osaamista ei huomioitu (2 vastaajaa) Osaaminen huomioitiin (7 vastaajaa)	Päivystysleikkaukset koettiin haastavina

5.5.3 Perehdyttäjille, työryhmälle ja esimiehille suunnattu kysely

Pienimuotoisen laadullisen kyselyn pohjana käytettiin erilaisia hankkeen aikana tuotettuja dokumentteja, joita ei kuitenkaan ole analysoitu, vaan kyselyn kysymykset pohjautuivat niihin. Kyselyssä käytettiin laadullisten kysymysten lisäksi kvantitatiivisen tutkimuksen mukaisia strukturoituja kysymyksiä. Niiden avulla haettiin tukea laadullisten kysymysten antamille suuntaviivoille. Kyselyä varten tutkija laati kyselylomakkeen, jonka aiheet nousivat tuotetusta materiaalista. Kysymykset muodostuivat hankkeen kehittämisongelman ja tavoitteiden pohjalta. Liitteenä kyselyssä oli hankkeessa tuotettu materiaali, johon kyselyn kysymykset kohdistettiin.

Kyselylomakkeessa oli seitsemän kohtaa, joista ensimmäiset kuusi kysymystä käsittelivät perehdytysprosessin tavoitteiden täyttymistä kyseessä olevissa materiaaleissa. Viimeinen kysymys ei kohdistunut materiaaliin, vaan vastaajan mielipiteeseen erilaisista perehdytyksen kehittämisen kohteista osastolla. Arviointiasteikkona kysymyksissä 1 – 6, käytettiin numeroita yhdestä viiteen, joissa yksi merkitsi erittäin heikosti, kaksi heikosti, kolme keskinkertaisesti, neljä hyvin ja viisi erinomaisesti. Vastaajan tuli rengastaa hänen näkemystään vastaava numero. Jokaisessa kuudessa kohdassa oli myös avoin kysymys, jossa kysyttiin kehitysehdotusta ja/tai kommenttia kyseessä olleeseen materiaaliin. Seitsemäs kysymys muodostui yhdeksästä erilaisesta kohdasta, joiden tärkeyttä toimivan perehdytysprosessin jatkokehittelyn kannalta tuli arvioida. Arviointiasteikko oli yhdestä kolmeen, jossa yksi merkitsi ei niin tärkeä, kaksi tärkeä ja kolme erittäin tärkeä. Vastaajan tuli rengastaa näkemystään vastaava numero. Kohdassa oli myös edellisten avointen kysymysten kaltainen kysymys. Kyselylomake ja siihen liittyvä materiaali ovat tämän työn liitteenä 10. Kyselyn mukana oli saatekirje, joka on liitteenä 11.

Ennen kyselylomakkeiden jakamista kohderyhmälle suoritettiin esitutkimus. Esitutkimukseen osallistui kaksi osastolla työskentelevää, mutta kohderyhmän ulkopuolelle kuuluvaa sairaanhoitajaa, jotka opiskelevat ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Tutkija lähetti heille kyselylomakkeen taustamateriaaleineen sekä saatekirjeen. Heillä oli viikko aikaa vastata kysymyksiin ja samalla kommentoida vapaasti kyselyn materiaaleja. Molemmat palauttivat lomakkeet ja kokivat kyselylomakkeen selkeäksi ja sopivan mittaiseksi. Palautetta tuli kysymysten kapulakielisyydestä ja niiden pohjalta tutkija vielä muokkasi kysymyksiä. Molemmat olivat kuitenkin

kin ymmärtäneet mitä heidän tuli arvioida. Esitutkimus antoi uskoa siihen, että kysely on tarkoituksenmukainen.

Kyselylomakkeet materiaaleineen ja saatekirjeen tutkija jakoi kymmenelle vastaajalle 20.9.2011 suoraan käteen tai sisäpostikuorissa. Kyselyn palautusaikaa oli yksi viikko ja lomakkeet palautettiin nimettöminä sisäpostikuorissa tutkijan nimellä sisäpostin laatikkoon 27.9.2011 mennessä. Lomakkeita palautui seitsemän, eli vastausprosentti oli 70.

Aineiston analyysiyksiköksi valittiin teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi, koska analyysia ohjaava malli oli jo valmiina hankkeen tuottaman materiaalin muodossa. Analyysirunko muodostettiin materiaaleista, joita oli kuusi erilaista. Materiaalit avattiin niiden sisältöjen perusteella ja yhdisteltiin kahdeksi suuremmaksi kokonaisuudeksi. Ensimmäinen kokonaisuus muodostui *uudelle työntekijälle etukäteen lähetetystä kirjeestä, perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvauksesta ja perehtyjälle ja perehdyttäjälle laadituista kriteereistä*. Nämä kappaleet kuvaavat **koordinaattorin toimintaa** ja sen toimivia ja kehitettäviä ratkaisuja. Toisen kokonaisuuden muodostivat kappaleet *perehdytyksen keskimääräinen kesto, perehdytyksen prosessin vaiheet ja perehdytyksen arviointijaksot*. Näistä kappaleista nousi **perehdytyksen prosessi** ja sen toimivat ja kehitettävät ratkaisut. Näin saatiin analyysirunkoon koordinaattorin toiminta ja perehdytyksen prosessi, jotka kiteyttävät käytännössä toimivan perehdytyksen prosessin. Jokaisessa kohdassa kirjattiin myös toimivat ja kehitettävät ratkaisut.

Analyysirungon muodostamisen jälkeen käytiin aineisto läpi kertaalleen, jonka jälkeen edettiin kysymys kerrallaan. Jokaisesta kysymyksestä tehtiin oma A4 paperi, johon kerättiin kaikki kyseisen kohdan vastaukset ja kommentit. Tämän jälkeen jokainen kysymys käytiin läpi, yhdistellen ajatuskokonaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Perehdytysprosessin tavoitteiden täyttymisen arvioinnit merkittiin kyseisen kysymyksen paperiin tukkimiehen kirjanpidolla. Näille tuloksille saatiin pylväsdiagrammin avulla tukea.

Ensimmäisen kysymyksen *uudelle työntekijälle lähetetty kysely* kohdan vastauksista nousi esiin, että kyselyn tuloksia tulee hyödyntää oikein käytännössä, vastausten luotettavuutta tulee arvioida ja yksilöllisyyttä korostaa edelleen lisää. Kohdassa koettiin hyvänä kyselyn tavoite etenkin osaston näkökulmasta ja hyvän perehdytyksen markkinointi ulospäin. Muutoin uudelle työntekijälle lähetetty kysely -materiaalin todettiin huomioivan hyvin tehokkuus, yksilöllisyys ja kannustavuus.

Toinen kysymys koskien *perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvausta* kertoi sen olevan hyvä pohja, mutta haasteellinen toteuttaa käytännössä, koska ajan puute, vuorotyö, eri vaiheessa olevat perehtyjät ja liiallinen instrumenttipuolen näkökulma vaikeuttavat sitä. Perehdyttäjien huomioimisen ja työnjaon selkeyttämisen koordinaattorin ja esimiehen välillä todettiin myös kaipaavan kehittämistä. Perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvaus -materiaalissa todettiin kuitenkin tehokkuuden ja kannustavuuden toteutuvan hyvin sekä yksiköllisyyden melko hyvin.

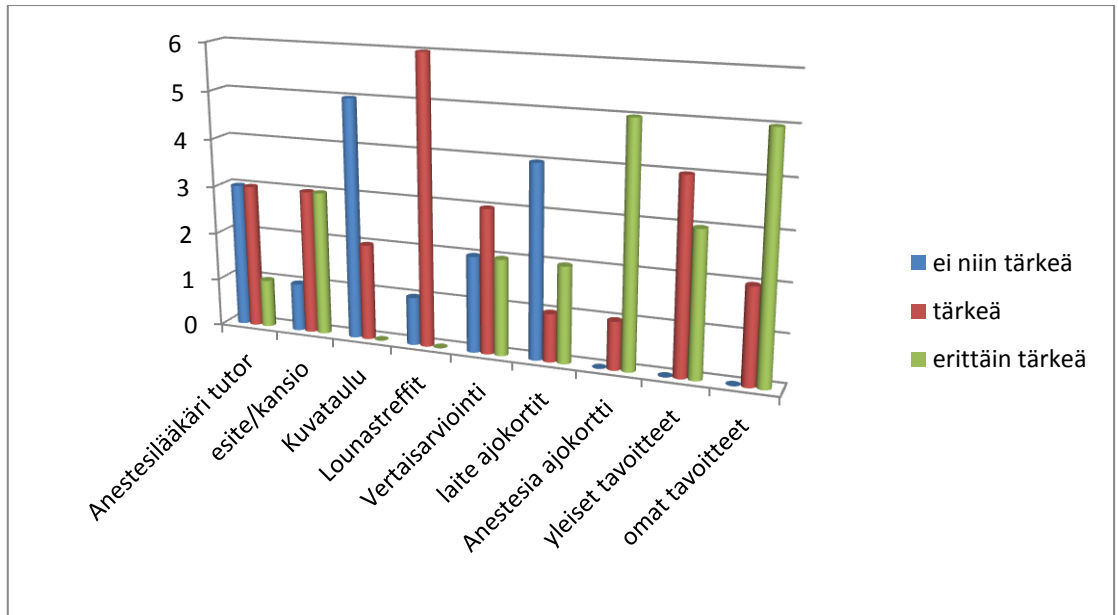
Kolmas kohta käsitteli *perehdytyksen keskimääräistä kestoa*, jossa materiaalissa todettiin olevan hyvä pohja, jota voi soveltaa. Haasteena esiin nousi ajan puute, vuorotyö ja ohjattavat opiskelijat. Yksilöllisyyttä erilaisten oppijoiden huomioimiseen korostettiin sekä kehitettävää nähtiin eri osamisalueiden (anestesia- ja instrumenttipuoli) perehdytysjaksoissa. Tehokkuus ja yksilöllisyys toteutuivat perehdytyksen keskimääräinen kesto -materiaalissa keskinertaisesti. Niissä oli myös eniten hajontaa, kun taas kannustavuus vastaajien mielestä toteutui hieman paremmin. Monivalintakysymykseen jätti vastaamatta yksi vastaajista.

Perehtyjälle ja perehdyttäjälle laaditut kriteerit koettiin hyväksi yksimielisesti. Kehitettävänä mainittiin henkilökemioiden toimimisen ja perehdyttäjän motivaation huomioimisen tärkeys. *Perehtyjälle ja perehdyttäjälle laaditut kriteerit* -materiaalissa tehokkuus, yksilöllisyys ja kannustavuus toteutuvat hyvin. Monivalintakysymykseen jätti vastaamatta yksi vastaajista.

Viidennen kysymyksen kohdalla ilmeni *perehdytyksen prosessin vaiheiden* olevan hyvä pohja, jota tulee kehittää edelleen käytännön haasteet huomioiden (ajan puute, vuorotyö, loma-ajat, resurssit). Työyhteisölle tulisi kirjata tavoitteet perehdytyksen näkökulmasta samoin perehtyjän olisi laadittava omat tavoitteensa. Arviointivaiheessa näiden toteutumista tulisi arvioida. *Perehdytyksen prosessin vaiheet -materiaalin* todettiin huomioivan hyvin yksilöllisyyden ja kannustavuuden. Tehokkuus toteutui keskinertaisesti. Yhdessä kyselylomakkeessa tutkijalla oli tulkintavaikeus, koska siihen oli vastattu kahteen kertaan (toinen kokonaisuudesta ja toinen osasta prosessia). Merkinnöistä kuitenkin kävi ilmi mikä tarkoitti koko prosessia ja sen vastauksen tutkija otti mukaan tuloksiin.

Perehdytyksen arviointijakson mainittiin toisaalta olevan haasteellista toteuttaa ja toisaalta olevan hyvin toteutettavissa. Yksilöllisyyden näkökulmaa tulee jatkossa korostaa lisää samoin turvallisen ja luottamuksellisen suhteen muodostumista esimieheen. Tehokkuuden ja yksilöllisyyden todettiin perehdytyksen arviointijakson -materiaaleissa toteutuvan melko hyvin ja kannustavuuden hyvin.

Kyselyn seitsemäs kysymys erosi aiemmista ja siinä selvitettiin jatkokehitysehdotuksia osastolla. Kohdan *avoimen kysymyksen vastauksista nousi esiin* ajokortit erilaisiin laitteisiin ja anestesiaan ennen päivystysaikaisen työn aloittamista sekä moniammatillisuuden hyödyntämisen ja perehdyttäjiä kouluttamisen tärkeys. *Monivalintakysymyksistä esiin nousi* erittäin tärkeinä juuri anestesia-ajokorttia sekä perehtyjän omien tavoitteiden laadinta. Tärkeitä olivat myös perehdytykselle laadittavat yleiset tavoitteet sekä lounastreffit. Henkilökunnasta laadittavaa kuvataulua ei pidetty kovinkaan tärkeänä. Laitteajokortit saivat jonkin verran kannatusta, mutta toisaalta niitäkään ei kovin tärkeinä pidetty. Esite/ kansio osaston toiminnasta ja vertaisarvioinnin käyttö laajemmin saivat jonkin verran kannatusta samoin anestesia lääkäri-tutor. Tulokset esitelty tarkemmin kuviossa 11.



Kuvio 14 Kehittämisen kannalta tärkeinä pidetyt kohdat

Edellä esitetyistä kohdista kirjattiin korjausehdotukset, ajatuskokonaisuu-
det ja kommentit tiivistettyyn muotoon ja sijoitettiin analyysirunkoon.
Tämän jälkeen jatkettiin ryhmien pelkistämistä tiivistäen niitä samaa tar-
koittavien seikkojen kanssa. Päätyn lopulta selkeään luokittelutulokseen,
joka on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4 Saadut tulokset perehdyttäjien, työryhmäläisten ja esimiesten kyselystä.

Käytännössä toimiva perehdytysprosessi	TOIMIVAT RATKAISUT	KEHITETTÄVÄT RATKAISUT
Koordinaattorin toiminta	<ul style="list-style-type: none"> • vaikuttaa osaston ima- goon myönteisesti • tehokas • tavoitteellinen suunni- telma 	<ul style="list-style-type: none"> • toimintamallien hyödyntäminen • yksilöllisyyden huomioiminen • käytännön haasteet ja resurssit sel- vitettävä • tehtäväjaon selkeytys (esimies, koordinaattori, perehdyttävä)
Perehdytyksen pro- sessi	<ul style="list-style-type: none"> • käytäntöön soveltuva suunnitelma • helposti kehitettävissä 	<ul style="list-style-type: none"> • käytännön haasteet ja resurssit sel- vitettävä • yksilöllisyyden huomioiminen • eri osaamisalueiden perusteet (a/i) • tavoitteisiin perustuva arviointi

Saadut tulokset näyttävät hankkeen tuottaman materiaalin toimivat ratkai-
sut ja kehitettävät kohdat. Perehdytyskoordinaattorin toiminnan todettiin
vaikuttavan myönteisesti osaston imagoon sekä olevan tehokas ja tavoit-
teellinen suunnitelma teoriassa. Edelleen kehittämistä vaativina ratkaisui-
na ilmeni käytännön haasteet ja resurssit, jotka tulee selvittää, jotta kehi-
tettyjä toimintamalleja pystytään hyödyntämään tehokkaasti. Yksilöllisyy-
den huomioiminen koordinaattorin toiminnassa korostui kaikilla osa-
alueilla. Tehtäväjakoa on selkeytettävä edelleen esimiesten ja koordinaat-
torin välillä sekä koordinaattorin ja perehdyttäjän välillä. Perehdytyspro-
sessin todettiin olevan käytäntöön soveltuva suunnitelma, jota on helppo

kehittää edelleen. Kehitystä vaativia ratkaisuja prosessissa ovat käytännön haasteiden ja resurssien selvittäminen, kuten koordinaattorin toiminnassaakin. Yksilöllisyyttä tulee myös korostaa sekä perustaa arviointi asetettuihin tavoitteisiin. Eri osaamisalueiden perusteet anestesiasta ja leikkauspuolelta tulee huomioida perehdytyksen prosessissa.

6 HANKKEEN TULOKSET

Hanke tuotti paljon materiaalia, toimintatapoja sekä kehittämis ehdotuksia ja erilaisia tuloksia. Tulosten tarkastelua varten tutkija keräsi kaikkien edellä esitettyjen loppuarviointien tulokset sekä Operassa 13.5.2011 tuodut henkilökunnan hyvinä pitämät asiat yhteen. Yhteen kootut tulokset ovat nähtävissä taulukossa 5. Tulokset on kerätty sarakkeeseen **Hankkeen lopussa** ja kehittämis ehdotukset sarakkeeseen **Hankkeen lopussa nousevat kehittämis ehdotukset**. Vertailun vuoksi taulukkoon on kirjattu lähtötilanteen kartoitusvaiheen kyselyn tulokset, jotka ovat sarakkeessa **Lähtötilanne (kysely)**. Tulokset ja kehittämis ehdotukset on kategorioitu lähtötilanteen otsikoiden mukaan ja loppuun on lisätty kaksi hankkeen tuottamaa tulosta, joiden tarve ei tullut esiin lähtötilanteessa.

Lähtötilanteen kartoituksessa yksi ongelma-alue oli **ajan ja palautteen puute**, jossa yhdistyi yhteisen ajan puuttuminen keskusteluille ja arvioinnille sekä palautteen puuttuminen. Arvioinnin huomioiminen perehdytysprosessissa koettiin hyvänä jo 13.5.2011 olleen Operan tulosten pohjalta. Perehtyjät kokivat myös arvioinnin toteutuneen osittain. Palautteen antamisen mahdollisuus perehdytyksestä koettiin toteutuneen. Perehdyttäjien, työryhmän ja esimiesten (myöhemmin tekstissä perehdyttäjien jne.) kyselyssä ei arvioinnin toteutuminen noussut merkittävästi. Kehittämis ehdotuksena todettiin, että arviointia tulee jatkossa kehittää enemmän organisaation ja yksilön tavoitteisiin perustuvaksi.

Suunnitelmallisuuden puuttuminen ilmeni lähtötilanteessa erilaisina perehdytyksen tapoina, perehdytysohjelman vierauteina, yksilöllisen osaamisen ja suunnitelmallisuuden puuttumisena. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että suunnitelmallisuuden huomioiminen perehdytysprosessissa koettiin hyvänä jo esittelyvaiheessa (Opera 13.5.2011). Lisäksi prosessin todettiin tukevan hyvän perehdytyksen toteutumista. Yksilöllinen osaaminen huomioitiin lyhytaikaisten sijaisten kohdalla hyvin ja osittain perehtyjienkin kohdalla. Perehdytyksen etukäteen suunnittelu toteutui myös ja perehdytyksen todettiin vastanneen odotuksia. Perehdyttäjien erilaiset tavat perehdyttää ja perehdytysohjelman vieraus osalle perehdyttäjistä ei esiintynyt hankkeen tuloksissa. Kehittämis ehdotuksina ilmeni hankkeen luomien toimintamallien hyödyntäminen käytännössä, yksilöllisyyden huomioimisen lisääminen edelleen ja eri osaamisalueiden perusteiden toteuttaminen perehdytysohjelmassa. Erityisesti lyhytaikaisten sijaisten perehdytyksessä tulisi kehittää salisijoittelua osaamisen ja saman leikkaustiimin mukaan. Perehdyttäjien tulee olla motivoituneita tehtäväänsä ja sitä voidaan tukea heitä kouluttamalla. Toteutusvaiheessa perehdyttäjinä toimiville työryhmä suunnitteli koulutuksen järjestämistä, mikä ei toteutunut. Jatkossa tällaista koulutusta tulee järjestää.

Taulukko 5 Hankkeen tulokset koottuna taulukkoon.

Lähtötilanne (kysely)	Hankkeen lopussa	Hankkeen lopussa nousseet kehittämis ehdotukset
<i>Ajan ja palautteen puute:</i> Perehtyjällä ja perehdyttäjällä ei ole yhteistä aikaa keskusteluille ja arvioinnille	<i>Ajan ja palautteen puute:</i> Perehtymisen arviointi koettiin hyväksi ja sen sekä palautteen saaminen toteutui osittain. Palautetta perehdytysohjelmasta annettiin.	<i>Ajan ja palautteen puute:</i> Arviointia tulee kehittää tavoitteisiin perustuvaksi.
<i>Suunnitelmallisuus puuttuu:</i> Perehdytys ei ole suunnitelmalista, eikä perehtyjän yksilöllistä osaamista huomioida	<i>Suunnitelmallisuus puuttuu:</i> Suunnitelmallisuuden todettiin toteutuneen hyvin ja perehdytysprosessin koettiin tukevan hyvän perehdytyksen toteutumista. Yksilöllisen osaamisen huomioiminen onnistui osittain. Perehdytyksen koettiin vastaavan odotuksia ja se oli etukäteen suunniteltua.	<i>Suunnitelmallisuus puuttuu:</i> Kehitettyä toimintamallia tulee hyödyntää ja siinä korostaa yksilöllisyyden huomioimista. Eri osaamisalueiden (anestesia- ja leikkauspuoli) perusteiden perehdytys tulee toteuttaa. Lyhytaikaisten sijaisten sijoittelussa tiimeihin, tulee huomioida osaaminen ja henkilökunta. Perehdyttäjä tulee motivoida tehtävänsä, esimerkiksi koulutamalla.
Perehdyttäjillä on erilaiset tavat perehdyttää, eivätkä kaikki heistä tunne perehdytysohjelmaa	-	-
<i>Henkilöstöresurssien puute:</i> Perehtyjä joutuu nopeasti itsenäiseen työhön ja perehdyttäjä vaihtelee.	-	<i>Henkilöstöresurssien puute:</i> Perehdytykseen liittyvät käytännön haasteet ja resurssit tulee selvittää.
<i>Epäkollegiaalisuus:</i> Tukea ei saa kollegoilta.	<i>Epäkollegiaalisuus:</i> Perehtyjät kokivat saaneensa apua ja neuvoa aina tarvittaessaan.	-
Esimiehet eivät suunnittele aktiivisesti perehdytystä.	Koordinaattori työskenteli yhteistyössä esimiesten kanssa.	Tehtäväjako koordinaattorin ja esimiehen sekä perehdyttäjän välillä on selkeytettävä edelleen.
<i>Leikattavia erikoisaloja on 12</i>	-	-
-	<i>Perehdytyskoordinaattori:</i> Nimeämisen todettiin vaikuttavan osaston imagoon myönteisesti. Tehtävänkuva koettiin tehokkaaksi ja tavoitteelliseksi suunnitelmaksi.	<i>Perehdytyskoordinaattori:</i> Koordinaattorin hyödyntäminen tulee suunnitella ja selvittää käytännön haasteet ja resurssit. Toiminnassa tulee korostaa yksilöllisyyden huomioimista.
-	<i>Toiminnan kehittäminen:</i> Erilaiset keinot ja toiminnalliset ratkaisut koettiin hyviksi.	<i>Toiminnan kehittäminen:</i> Laitteiden käyttökoulutusta organisoitava lyhytaikaisille sijaisille.

Henkilöstöresurssien puute ilmeni liian nopeasti itsenäiseen työhön ja vastuuseen joutumisena sekä perehdyttäjän vaihtumisena. Hankkeen tuloksista ei noussut tähän mitään, mutta kehittämis ehdotuksena mainittiin käytännön haasteiden ja resurssien selvittäminen perehdytyksen osalta. **Epäkollegiaalisuus** näkyi lähtötilanteessa tuen puutteena kollegoilta ja esimiesten aktiivisen otteen puuttumisena. Tuloksissa esiintyi lyhytaikaisten sijaisten kokemana avun ja tuen saaminen aina tarvittaessa. Tähän ei tuloksista noussut mitään erityistä kehittämis ehdotusta, mutta toisaalta tätä

ei suoranaisesti kysyttykään. Perehdytyskoordinaattori työskenteli suunnitelmallisesti ja aktiivisesti seuraten perehtyjien etenemistä tiiviissä yhteistyössä esimiesten kanssa. Näin ollen voidaan todeta, esimiesten olleen aktiivisesti mukana perehdytysprosessissa. Tehtäväjako perehdytyskoordinaattorin ja esimiesten sekä perehdyttäjän tehtävien välillä tulee edelleen selkeyttää. **Leikattavia erikoisaloja** todettiin olevan 12, eivätkä ne ole vähentymässä. Niiden todettiin olevan osa kohdeosaston haasteellista toimintaympäristöä.

Hankkeen tuloksista nousi **perehdytyskoordinaattori**, jonka nimeämisen todettiin vaikuttavan osaston imagoon myönteisesti ja perehdytykseen sitä tehostaen sekä mahdollistaen tavoitteellisen suunnittelun. Koordinaattorin käytännön haasteet ja resurssit tulee selvittää, jotta häntä pystytään hyödyntämään käytännössä. Koordinaattorin toiminnassa tulee kiinnittää huomiota edelleen yksilöllisyyden huomioimiseen. **Toiminnan kehittäminen** nousi tuloksista erilaisten keinojen käyttöönottamisena ja toiminnallisten ratkaisujen toteuttamisena. Kehittämisehdotuksena lyhytaikaisille sijaisille mainittiin laitteiden käyttökoulutus.

Perehdytysprosessin tehokkuus saada samansisältöinen tieto suunnitelmallisesti perehtyjien saataville toteutui melko hyvin perehtyjien mielestä. Samaa mieltä voidaan todeta perehdyttäjien jne. olleen tulosten perusteella, jossa määrälliset tulokset tukivat saatuja laadullisia tuloksia. Hajontaa perehdyttäjien jne. mielestä esiintyi *perehdytyksen keskimääräisessä kestossa*, jossa vastaukset jakautuivat tasan heikon, keskinkertaisen ja hyvän välille. Samoin *perehdytyksen arviointijaksossa* vastaukset jakautuivat tasan keskinkertaisen ja hyvän välille. Edellä mainituissa kohdissa voidaan kuitenkin todeta tehokkuuden toteutuneen melko hyvin.

Tulosten perusteella perehdytysprosessin yksilöllinen aiemman osaamisen ja koulutuksen hyödyntäminen ei toteutunut kaikilta osin perehtyjien kohdalla parhaalla mahdollisella tavalla. Perehdyttäjien tulosten pohjalta voidaan todeta sama, mitä tukevat myös määrälliset tulokset. Yksilöllisyyden todettiin toteutuneen parhaiten *uudelle työntekijälle etukäteen lähetetyssä kyselyssä* sekä *perehtyjille ja perehdyttäjille laadituissa kriteereissä*. Eniten hajontaa oli *perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvauksessa* ja *perehdytyksen keskimääräisessä kestossa*. Hieman keskinkertaista huonommin yksilöllisyyden todettiin toteutuneen *perehdytyksen arviointijaksossa*. Tulosten perusteella yksilöllisyyden todetaan toteutuneen keskinkertaisesti.

Perehtyjien kohdalla voidaan todeta, perehdytysprosessin onnistuneen hyvin seuraamaan ja tukemaan perehtyjän etenemistä sekä antamaan palautetta, jotka kannustivat häntä. Samansuuntaiseen tulokseen päästään perehdyttäjien jne. tulosten kautta. *Perehdytyksen keskimääräistä kestoa* lukuun ottamatta muissa kohdissa kannustavuuden todetaan toteutuneen hyvin. Poikkeuksen tehneessäkin kohdassa se toteutuu keskinkertaisesti. Näin voidaan todeta hankkeen kannustavuuden toteutuneen hyvin.

7 POHDINTA

Tässä kappaleessa tarkastellaan kehittämishankkeen tuloksia, sen eettisiä näkökulmia ja hyvän tieteellisen käytännön toteutumista sekä oman tutkijan roolin kehittymistä ja hankkeen aikana syntyneitä ajatuksia. Pohdinnan kautta tutkija päätyy lopulta tulosten yleistettävyyteen sekä jatkotutkimus- ja kehittämisehdotuksiin.

7.1 Tulosten tarkastelu

Kehittämishankkeen aikana saatiin paljon erilaista materiaalia, joka johdatti hanketta prosessinomaisesti eteenpäin. Vaikkakin jokainen vaihe oli tärkeä seuraavan vaiheen kannalta, syntyi paljon materiaalia raportoitavaksi. Arviointivaiheen tuottamat monipuoliset tulokset olivat myös haasteelliset käsitellä ja hyödyntää loppuarvioinnissa. Tutkija onnistui hyvin hyödyntämään monipuolisen aineiston loppuarvioinnin asetelmassa sekä kokoamaan tulokset yhteen.

Ajan ja palautteen puutteeseen todettiin tulosten mukaan hankkeessa pystytyn vastaamaan. Tuloksia tukee myös se seikka, että perehdytyskoordinaattori kävi arviointikeskusteluja, joissa oli mahdollista antaa palautetta perehdytysohjelman kehittämiseksi. Myös esimies kävi palautekeskustelut lyhytaikaisten sijaisten kanssa. Arviointikeskustelut eivät toteutuneet anestesiahoitajien osalta, mikä vaikutti tuloksiin. Perehtyjät eivät välttämättä mieltäneet koordinaattorin alkuvaiheessa käymää lyhyttä keskustelua arviointikeskusteluksi, sen vapaamuotoisen jutustelu periaatteen vuoksi. Tämä johtunee siitä, ettei koordinaattori tiedottanut riittävästi käymistään arviointikeskusteluista. Sama oli nähtävissä perehdyttäjien jne. tuloksissa, hekään eivät tienneet mitä perehdytyksessä oli toteutusvaiheessa tehty. Vuosilomat ja osaston toimintatapa aiheuttivat myös haasteita tiedotukseen. Tutkijan olisi pitänyt tehdä perehdytyskoordinaattorin työskentelystä läpinäkyvämpää. Nämä seikat tiedostaen voidaan kuitenkin todeta, että ajan puuttumiseen pystytään vastaamaan järjestelemällä suunnitellusti aika tavoitteelliselle keskustelulle. Myös työn ja arjen ohessa voidaan käydä jatkuvia pienimuotoisia arviointikeskusteluja ilman työvuorosunnittelua. Keskustelut tulee kirjata perehtyjän lukujärjestykseen, jotta niiden tärkeys tiedostetaan. Perehdytyksen tavoitteellisuus, johon suunniteltu arviointi perustuu, on todettu tutkimuksissa sitouttavana ja yksikköä kehittäväna seikkana. (Ketola 2010; Miettinen ym. 2006a; Salonen 2004.)

Hankkeen todettiin vastanneen **suunnitelmallisuuden puuttumiseen** perehdytyksen prosessin suunnitelmallisena kartoittamisena. Perehdytyskoordinaattori huolehti suunnitelmallisuuden huomioimisesta ja toteuttamisesta yksilöllisesti, pitäen kirjaa jokaisen perehtyjän etenemisestä liitteessä 6 esitetyn kaavakkeen avulla. Tuloksissa todettiin, että saman tiimin kanssa toimiminen tehostaisi salityöskentelyä ja lisäisi sitoutumista, jonka myös Silén-Lipponen (2005) ja Tengvall (2010) väitöskirjoissaan toteavat. Kuitenkin kolmivuorotyössä päivystysyksikössä sitä ei ole helppo järjestää. Toteutusvaiheessa kesäaikana oli paljon päivystysleikkauksia, jotka vaikeuttivat työntekijöiden sijoittelua osaamisen mukaan, varsinkin kun kohdeostolla oli runsaasti perehdytyksessä olevia tai lyhytaikaisia sijaisia.

Koordinaattorin olisi pitänyt tehdä enemmän yhteistyötä leikkauslistanvettäjän kanssa, jolloin osaamisen sijoittelua olisi pystytty ehkä hieman parantamaan. Toisaalta suurta parannusta siihen tuskin olisi tullut, sillä tutkijan kesän esimiessijaisuuteen kuului salisijoittelujen laatiminen. Perehdyttäjien motivointi esiintyi tuloksissa tärkeänä, johon koulutus nousi kehittämisehdotuksena. Tätä ajattelua tukee Usher, ym. (1999) joiden mukaan, perehdyttäjien kouluttaminen motivoi heitä laadukkaampaan perehdytykseen.

Henkilöstöresurssien puute esiintyi lähtötilanteessa, mutta hankkeen lopputuloksissa vain kehittämisehdotuksena. Kohdeosastolla kesän henkilökuntatilanne oli leikkauspuolen sairaanhoitajien osalta melko hyvä ja perehtyjistä suurin osa sai työskennellä tiimin ylimääräisenä jäsenenä, kuten oli suunniteltukin. Anestesiahoitajien osalta sen sijaan oli haasteellisia päiviä, joista johtuen perehtyjät joutuivat nopeasti heräämön vahvuuteen, eivätkä heidän kohdallaan toteutuneet perehdytysprosessin suunnitelmat. Tähän vaikutti anestesiapuolen perehdytyskoordinaattorin vuosilomista johtuva poissaolo ja se, ettei hänellä ollut samoja mahdollisuuksia sitoutua tehtävään kuin tutkijalla. Seikat näkyvät myös hankkeen tuloksissa. Hankkeen tuottamana kehitysehdotuksena henkilöstöresurssikysymykset ja haasteet tulee selvittää esimiesten ja ylihoitajien kesken. Kuuluuko hektinen työ ja rytmi kohdeosaston toimintakulttuuriin, vai voidaanko henkilöstöresurssien uudelleen kohdentamisella saada muutosta aikaan?

Epäkollegiaalisuus esiintyi lähtötilanteen sekä lääkäreiden kyselyn tuloksissa. Asiaa käsiteltiin myös Operassa (28.1.2011) ja työryhmässä, mitkä ovat osaltaan ehkä vaikuttaneet siihen myönteisesti. Tutkijaa ilahdutti lyhytaikaisten sijaisten kyselyssä esiintyneet palautteet hyvästä kohtelusta ja avunsaannista tarvittaessa. Silén-Lipponen (2005) toteaa leikkaus- ja anestesiaosastojen toimintakulttuurin olevan epäkollegiaalisuudelle otollista maaperää. Tämä on tärkeä havainto, sillä se auttaa ymmärtämään, ettei kohdeosaston henkilökunta ole epäkollegiaalista vaan toimintakulttuuriin ja työhön liittyvät tekijät osaltaan aiheuttavat sitä. Epäkollegiaalisuuteen liittyi esimiesten aktiivisen otteen puuttuminen perehdytyksessä. Vastausta tähän ei suoranaisesti löytynyt mistään kohdasta, mutta koordinaattori toimi koko hankkeen ajan tiiviissä yhteistyössä kohdeosaston esimiesten kanssa. Tästä syystä voidaan todeta, että esimiehet olivat aktiivisia perehdytyksen suhteen. Tehtävänjakoa koordinaattorin ja esimiesten välillä tulee tarkentaa, samoin suhteessa perehdyttäjään. Näin tehostetaan toimintaa ja vältetään tilanteilta, että jokin asia jää perehtyjän kanssa käymättä läpi kokonaan.

Leikattavia erikoisaloja on kohdeosastolla 12, mikä on tyypillistä päivystävälle keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle. Tulevaisuudessa voi olla tilanne, että erikoisaloja karsitaan tai joitakin vaativampia toimenpiteitä siirretään yliopistosairaaloihin. Toistaiseksi sairaanhoitajalta kuitenkin vaaditaan kohdeosastolla laajaa osaamista (Tengvall 2010). Vaativa osaaminen tulee suunnitelmallisesti lohkoa perehtyjän hallitsemiin osiin ja ottaa käsittelyyn, yksi kerrallaan.

Perehdytyskoordinaattori- idea syntyi hankkeen alkuvaiheessa ja tehtävänkuvaa rakennettiin koko hankkeen ajan. Tuloksissa todettiin tehtävänkuvaa tehokkaaksi ja tavoitteelliseksi suunnitelmaksi, joka vaikutti myönteisesti kohdeosaston imagoon. Saadut tulokset kannustavat edelleen kehittämään ja panostamaan juuri koordinaattorin tehtävänkuvaan. Aiemmin esitettyjen tehtävänkuvien tarkennusten lisäksi tulee selvittää laajasti, mihin kaikkeen koordinaattorin avulla voidaan panostaa. Kohdeosaston kaltaista vaativan osaamisen perehdytysuunnitelmaa on seurattava jatkuvasti. Eikä kohdeosaston kokoisessa yksikössä esimiestyössä ole mahdollista suunnitelmallisen perehdytyksen toteuttamiseen ja aktiiviseen seurantaan. Tästä syystä tehtävään tarvitaan osittain kliinisestä hoitotyöstä irrotettu ammattilainen, joka pystyy koordinoimaan kaikkien perehtyjien etenemistä. Koordinaattorin tehtävänkuvasta tukevat useat tutkimustulokset (Lahti 2007; Miettinen ym. 2006a; Miettinen ym. 2009; Raunio 2005; Tarus 2006).

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän strategia linjaa operatiivisessa toiminnassa työnjakoa ja yhteistyötä Hämeenlinnan ja Riihimäen toimintayksiköiden sekä Forssan sairaalan välille erityisesti leikkaustoiminnassa potilasturvallisuuden ja toiminnan tehokkuuden mukaan. Sisäistä toimintaa tulee kehittää päivystystoiminnan sujuvuuden näkökulmasta. Toteutettavina toimenpiteinä mainitaan virka-ajan ulkopuolisen toiminnan keskittäminen Hämeenlinnaan ja työnjaon tarkistaminen Hämeenlinnan ja Riihimäen yksiköiden välillä. Lisäksi mainitaan päiväkirurgisen hoidon lisäämisestä. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. 2011)

Strategia korostaa yhteistyötä leikkaustoiminnan eri yksiköiden välillä. Tätä yhteistyötä tehtiin jo hankkeen aikana lyhytaikaisten sijaisten siirtymisen kautta. Hankkeen toteutusvaiheen loputtua, alkoi viikoittainen yhteistyö henkilökuntajärjestelyin päiväkirurgian yksikön kanssa. Yhteistyön lisääminen vaatii osaamisen johtamista, perehdytyksen tehostamista sekä koulutusten koordinoimista palvelemaan paremmin strategian vaatimaa yhteistyötä. Perehdytyskoordinaattorin tehtävänkuvaa edelleen suunniteltaessa, tulee ottaa strategian vaatimukset huomioon ja laajentaa koordinaattorin tehtävä kattamaan koko sairaanhoitopiirin leikkaustoiminnan alue. Tällä tavoin leikkaustoiminnan perehdytys- tai osaamiskoordinaattorista saadaan työväline yksiköiden esimiehille. Sen avulla pystytään valmentamaan ja motivoimaan henkilökuntaa, takaamaan potilasturvallisuus sekä vastaamaan yhteistyön asettamiin osaamisen vaatimuksiin.

Sairaanhoitopiirin strategiassa painotetaan myös yhteistyön merkitystä alueen oppilaitosten kanssa. Erikoistumiskoulutusta perioperatiiviseen hoitotyöhön tulisi kehittää työelämän tarpeiden näkökulmasta ja työelämälähtöisesti. Yksikön tulisi tehdä yhteistyötä alueellisten oppilaitosten kanssa kiinteämmin ja sitä kautta tuoda perehdytystä ja rekrytointia jo osaksi opintoja. Tällaista ehdotti Saastamoinen (2005) omassa tutkimuksessaan. Näin perehdytysprosessi alkaisi jo opiskeluaikana ja sitä voisi nivoa yhteen opiskelijaohjauksen kanssa. Valmistumassa olevan opiskelijan ohjaaja jatkaa perehdyttäjänä kun opiskelija valmistuttuaan tulee osastolle työhön. Näin pari tuntee toisensa ja perehdyttäjällä on käsitys perehtyjän osaamisesta. Perehdytysprosessia voidaan jatkaa edelleen perehdytyksen

jälkeen mentorointina, jolloin kokenut kollega muodostaa mentor-parin työntekijän kanssa. Näin mentor voi siirtää omaa osaamistaan ja hiljaista tietoa erikoisalansa vastuualueesta kokemattomalle kollegalleen. Perehdytyksen jatkamista mentorointina ja sitä kautta osaamisen tukeminen ilmenee Ala-Fossi ja Heinisen (2003) tutkimuksesta.

Opiskelijoiden opinnäytetöitä tulisi hyödyntää kohdeosastolla paremmin, jotta niistä saataisiin tukea osaston kehittämishankkeisiin. Oppilaitosyhteistyössä perehdytyskoordinaattori pystyisi suuntaamaan oikeantyyppiset opiskelijat ja kehittämistarpeet yhteen. Varsinkin jos hän koordinoisi koko sairaanhoitopiirin perehdytystä leikkaustoiminnan osalta, koulutus- ja kehittämistarvetta sekä osaamista. Tämän tyyppistä yhteistyötä ehdottaa myös Tengvall (2010) väitöskirjassaan.

Toiminnan kehittäminen tuli esiin tuloksista, jotka tukivat erityisesti perehdytyskoordinaattorin toiminnallisen suunnitelman käytön jatkamista ja edelleen kehittämistä. Lisäksi esiintyi muutamia käytännöllisiä toimenpiteitä juuri lyhytaikaisille, toisesta yksiköstä tuleville ammattilaisille. Eri-laisten laitteiden käytön opastusta ja potilasturvallisuuden huomioimista olisi yksiköiden välillä helppo toteuttaa suunnitellusti. Kaikessa kehittämisessä kohdeosastolla tulee muistaa toimintakulttuurin olevan oleellinen realiteetti, joka täytyy tunnistaa ja tunnustaa kun pyritään toimivaan ratkaisuun. Vain tällä tavalla on mahdollista muuttaa ja kehittää käytäntöjä.

Perehdytyksen keskimääräisen keston määrittäminen on tärkeää, jotta tiedetään missä ajassa uusi työntekijä perehtyy riittävästi tehtäväänsä. Perehdytyksen keston määrittäminen on vaikeaa, johtuen siihen vaikuttavista muuttujista, joita ovat aiempi kokemus ja koulutus sekä yksilölliset tekijät, kuten erilaiset oppijat ja epävarmuuden sietämisen kyky. Perehtyjän aiempi kokemus leikkaus- ja anestesiahoitotyöstä vaikuttaa suuresti perehdytyksen keston. Tästä syystä onkin ymmärrettävää, että yksilöllisyyden huomioiminen nousi vahvasti esiin useita kertoja hankkeen aikana. Vaikka siihen kiinnitettiin erityistä huomiota heti alusta lähtien, se nousi edelleen loppuarvioinnin tuloksista. Tämä ei ole kuitenkaan tavatonta, vaan saman suuntaisiin tuloksiin yksilöllisyyden osalta ovat päätyneet aiemmin Koskue (2008), Kallio (2008) ja Peltokoski (2004).

Kehittämishanke vastaa paitsi kohdeosaston tarpeeseen, myös Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) asettamiin vaatimuksiin henkilöstön osaamisen varmistamisessa näyttöön perustuvalla toiminnalla. Näyttöön perustuva toiminta antaa tukea myös terveydenhuollon johtamiseen ja siinä tehtäviin ratkaisuihin. Näin ratkaisut perustuvat tutkittuun tietoon, kuten tämä kehittämishanke ja sen tuloksena syntyneet tulokset ja johtopäätökset. Tästä syystä tulokset on yleistettävissä muihin vastaaviin yksiköihin sekä laajemmin muille aloille. Näyttöön perustuva kehittäminen oli erittäin toimiva pari toimintatutkimukselle, jotka yhdessä tukivat toisiaan ja veivät hanketta eteenpäin. Myös Tengvall (2010) toteaa väitöskirjassaan, että leikkaus- ja anestesiahoitotyön perehdytys tulee olla näyttöön perustuvaa, kuten tässä työssä.

Kehittämishankkeen prosessi on lisännyt kohdeosastolla paitsi keskustelua ja tietämystä perehdytyksestä, myös näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja kehittämistä. Se on tuonut varsinkin työryhmän jäsenille kiinnostuksen etsiä ja lukea omaan työhön liittyvää tutkimusta ja pohtia tutkitun tiedon toimivuutta omassa työssä. Nämä seikat ovat myös tärkeitä hankkeen aikaansaamia oheistuloksia jotka vastaavat Sosiaali- ja terveysviraston (2009) asettamiin tavoitteisiin.

Kysymykseen saatiinko kehittämishankkeella riittävästi muutosta aikaan kohdeosastolla, on vaikea vastata. Perehdytys on haastava ja laaja aihe, jolle asetetaan usein paljon vaatimuksia. Sille on laissa määritelty tietyt raamit, mutta riittävää perehdytystä on vaikea määritellä. Toimintakulttuuri vaikuttaa myös perehdytykseen voimakkaasti ja siitä syystä perehdytystä ja sen toteuttamista käytännössä on vaikea muuttaa. Se ei ole mahdotonta, mutta vaatii aikaa enemmän kuin opinnäytetyön prosessi. Opinnäytetyön näkökulmasta hanke onnistui kaiken kaikkiaan hyvin, ottaen huomioon aiheen sekä kohdeosaston haasteellisuuden. Hanke kehitti perehdytyksen prosessia ja tarjosi konkreettisia välineitä kohdeosaston käyttöön. Osa näistä välineistä jäi elämään osaston arkeen ja tulevaisuus näyttää mihin se osastolla riittää. Merkittävää on missä määrin perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuva saadaan toimimaan tulevaisuudessa.

7.2 Kehittämishankkeen etiikka

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu eettisen laadun kontrolli, tutkimuksen oikea kohdentaminen ja ongelman määrittely, tiedonlähteiden valinta, aineistonkeruumenetelmien toteutus, analyysin luotettavuus ja tutkimustulosten raportoinnin rehellisyys.

Terveystieteiden tutkimuksen eettistä laatua kontrolloi sairaanhoitopiirien omat eettiset toimikunnat, joilta tutkimusluvut anotaan. Toimikunta antaa lausunnon tutkimussuunnitelman pohjalta ja puuttuu eettisesti arveluttaviin kohtiin pyytäen lisäselvityksiä tai hyläten suunnitelman. Organisaatioilla on omat ohjeet tutkimuslupamenettelyistä ja siitä millaiset tutkimukset tulee käsitellä eettisissä toimikunnissa. Yleensä kaikki potilaisiin liittyvät tutkimukset käsitellään toimikunnissa. (Leino-Kilpi 2003, 295 – 296; Vehviläinen-Julkunen 2006, 28 – 29.) Tämän kehittämishankkeen suunnitelman tutkija esitteli kohdeosaston työelämäneustajalle sekä tulosalueen ylihoitajalle. Tutkimusluvan tutkija anoi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ohjeiden mukaan ja se myönnettiin hankkeelle 19.1.2011 arkistointinumerolla 23/21.1.2011. Siihen tehtiin lisäys, joka on hyväksytty 7.3.2011 arkistointinumerolla 23/7.3.2011. Lupamenettelyssä ei tarvittu eettisen toimikunnan lausuntoa, koska kehittämishanke ei kohdistunut potilaisiin.

Tutkimuksen kohde tulee valita siten, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Aihe tai asetettu tutkimusongelma eivät saa loukata ketään tai väheksyä jotakin asiakasryhmää. Tutkimuksen kohteen valintaan vaikuttaa ongelman asettelu ja tutkimuksen luonne. (Leino-Kilpi 2003, 288 – 289; Vehviläinen-Julkunen 2006, 28.) Kehittämishankkeen aihe on rajattu ja perusteltu kohdeosaston työelämälähtöisestä tarpeesta.

Perehdytys ja sen kehittäminen on yleistettävissä mihin tahansa alaan, terveydenhuollon lisäksi. Tästä johtuen aihe on aina ajankohtainen ja sillä saavutetut tulokset hyödyttävät perehdytyksen kehittämistä yleisesti. Hankke pyrki osallistamaan koko henkilökuntaa yhdessä kehittämään kohdeosaston perehdytystä, eikä leimaamaan vastuun kantajia. Näin ollen hankkeen kehittämisasetelman ei katsota loukkaavan ketään.

Tietolähteiden valinta ja aineistonkeruumenetelmien toteutus ohjaavat tutkimuksen tuloksia ja saattavat myös vinouttaa niitä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei voi sulkeutua tutkittavan kohteen ulkopuolelle, vaan on osa sitä. Tästä syystä tutkijan tulee arvioida jatkuvasti tutkimuksensa etiikkaa ja olla vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa. Tutkittaville tulee kertoa riittävästi työn tavoitteista, heiltä tulee pyytää lupa ja säilyttää heidän anonymiteettinsä. (Leino-Kilpi 2003, 289 – 291; Tuomi & Sarajärvi 2003, 133; Vehviläinen-Julkunen 2006, 29 – 31.) Hankkeen työryhmään osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä henkilöiden nimet esiinny hankkeen raportissa, tosin kohdeosastolla työryhmään kuuluvien henkilöllisyys oli kaikkien tiedossa. Opera -menetelmää toteutettiin osastopalaverissa, joissa työvuorossa olevilla on läsnäolovelvollisuus. Kyselyt lähetettiin sähköpostijakeluna kohdeosaston koko hoitohenkilökunnalle ja vastaaminen tapahtui erillisen linkin kautta, jolloin vastaukset tulivat nimettöminä. Erikoislääkäreiden kysely toteutettiin samalla periaatteella, mutta heidät valikoitiin osin nimien perusteella sähköpostijärjestelmästä. Kyselyssä kysyttiin lääkäreiden erikoisalaa, jonka perusteella osa vastaajista olisi voinut identifioitua. Tutkija raportoi tulokset kuitenkin siten, ettei yksittäinen vastaaja erotu tuloksista. Loppuarvioinnissa kyselyt toteutettiin paperiversioina ja otos oli perehtyjien kohdalla melko pieni. Toinen kysely kertoo selkeästi kohderyhmän, jolle kysely suunnattiin. Tutkija käsitteli molempien kyselyiden tulokset siten, että vastaajien identiteetti säilyi.

Analyysin luotettavuus ja tutkimustulosten raportoinnin rehellisyys ovat osa luotettavuuden arviointia, joka on esitetty tarkemmin kappaleessa 7.3 Kehittämishankkeen tulosten luotettavuus.

Kehittämishanke tehtiin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintoihin liittyvänä hankkeena omalle työnantajalle. Hankkeen toteuttamiseen oli varattu projektimääräraha, mutta mitään taloudellista hyötyä sillä ei tavoiteltu eikä saatu. Ainoa palkkio oli hyväksytty työ, joka on merkittävä osa opintoja. Hankkeessa huomioitiin hyvä tieteellinen käytäntö. Lähdeviitteiden ja lainausten oikeaan asuun kiinnitettiin erityistä huolellisuutta, samoin tulosten oikeaan tulkintaan. Opettajan ohjauksessa työskentely esti myös tahattomat virheet hyvän tieteellisen käytännön osalta.

7.3 Kehittämishankkeen tulosten luotettavuus

Kehittämishankkeen tieteellisen viitekehyksen muodostamisessa käytetyn tutkimustiedon laadun määrittämisessä tutkija käytti aiemmassa oppimistehtävässään laadittuja kriteerejä. Ne perustuvat yleisesti hyväksyttyihin kriteereihin tutkimusten ja raporttien hyvyyden arvioinnista sekä Suomen Sairaanhoitajaliitto ry:n Hoitotieteellisellä Näytöllä Tuloksiin – hankkeessa kehitettyihin kriteereihin ja niiden pisteytyksen tutkimuksen laadun ar-

vioinnista. Arvioinnissa käytiin läpi artikkelin tai tutkimuksen tutkimusprosessi, jolloin arviointi noudattaa tutkimusprosessin kaavaa. Pisteytysraja tutkija muutti yhdeksästä kriteeristä vastaamaan käytettävää seitsemää kriteeriä. Jokainen seitsemästä kriteeri kohdasta arvioitiin 1 – 3 pisteytyksellä. 1 – 7 pistettä saanut lähde arvioitiin huonoksi, 8 – 14 pistettä saanut keskinkertaiseksi ja 15 – 21 saanut lähde korkeatasoiseksi. Käytetyt kriteerit tutkimusten ja raporttien hyvyydestä arvioinnille ovat liitteenä (Liite 12) (Meleander & Häggman-Laitinen 2009, 35; Salanterä & Hupli 2003, 32 – 36.) Tutkija arvioi perehdytykseen liittyvät 18 tutkimusta, joista yksikään ei ollut tasoltaan huono. Keskinkertaisia tutkimuksia oli yhdeksän ja samoin korkeatasoisia tutkimuksia. Lisäksi työssä käytettiin kahta leikkaus- ja anestesiatyöhön liittyvää väitöskirjaa, jotka arvioitiin korkeatasoisiksi.

Näytön astetta, eli tutkimustiedon luotettavuutta ja vahvuutta voidaan arvioida myös erillisen luokituksen avulla, joka on laadittu Käypä hoito -käsikirjassa ja jota myös Sosiaali- ja terveysministeriö käyttää suosituksissa. Luokitus on esitelty taulukossa 6. Julkaistut systemaattiset tutkimuskatsaukset hoitotieteellisissä lehdissä sisältävät melko vähän kokeellisia tutkimuksia, joissa näytön aste on vahva (A). Näytönasteeltaan ryhmään B kuuluvia tutkimuksia on myös julkaistu vähemmän ja usein näyttöä arvioidaan C ja D ryhmään kuuluvien tutkimusten sekä muun luotettavan tiedon perusteella. (Sarajärvi ym. 2011, 14 – 15.)

Taulukko 6 Näytön asteen arviointi (Käypä hoito -käsikirja 2008; Sarajärvi ym. 2011, 14; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009)

Näytön aste	Kuvaus
A Vahva tutkimusnäyttö	Meta-analyysi, systemaattinen tai systemoitu katsaus
B Kohtalainen tutkimusnäyttö	Systemoitu katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset
C Niukka tutkimusnäyttö	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus Useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset Useita määrällisesti kuvailevia tai korrelatiivisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset Useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset
D Heikko tutkimusnäyttö	Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, konsensuslausumat ja asiantuntija-arviot Arvostettujen asiantuntijoiden raporteissa kuvataan, miten arvio tai konsensus on syntynyt

Perehdytystä käsittelevää tutkimusnäyttöä oli saatavilla ja jopa jonkin verran juuri perioperatiivista työtä käsitteleviä. Tulosten luotettavuutta heikentää seikka, että suurin osa tutkimuksista keskittyi kuitenkin vain perehdytysohjelmien sisältöön, eikä niinkään prosessiin. Löydettyistä tutkimuksista monikaan ei ollut kokeellinen, eikä yhtään perehdytystä hoitotyön näkökulmasta käsittelevää väitöskirjaa löytynyt. Yhden 2010 valmistuneen tietoaan liittyvän väitöskirjan tutkija otti mukaan. Lisäksi tutkijan kokemattomuus ulkomaisten hakujen tekemiseen vaikutti tulosten luotet-

tavuuteen. Pro gradu -tasoiset tutkielmat ovat tunnetusti hyvin eritasoisia, eikä kaikkien niiden saama arvosana ollut tutkijan tiedossa. Käytetyt lähteet olivat kuitenkin kaikki läpikäyneet tieteellisen arvioinnin ja niiden luotettavuus arvioitiin myös prosessin aikana. Kirjallisuuskatsauksessa nousi samoja asioita useista lähteistä, jolloin aineiston todetaan olleen riittävä. Ulkomaisten tutkimusten Huffman (1995), Penprase (2000), Strauss (1994) ja Wells (1999) tulokset perustuivat kokeellisiin tutkimusasetelmiin, kun taas muut perustuivat enemmän laadullisiin tutkimusasetelmiin. Koska hankkeessa oli mukana neljä kvasikokeellista tutkimusta, joiden tulokset ovat samansuuntaisia ja niiden tuloksia tukevia korkeatasoisia laadullisia tutkimuksia oli useita, voidaan hankkeen kirjallisuuskatsauksen todeta kuuluvan luokkaa B, eli olevan kohtalaista tutkimusnäyttöä.

Asiantuntijoiden työkokemukseen ja havaintoihin perustuvat mielipiteet ovat näytön luotettavuudessa heikoimmalla asteella, mutta ne ovat erityisen tärkeitä näytön lähteinä silloin, kun tutkimusnäyttöä on niukasti tai ei ollenkaan saatavilla (Sarajärvi ym. 2011, 15). Tämän hankkeen toiminnallisesta näkökulmasta johtuen, tutkijan mielestä kokemusnäyttö oli tärkeää hankkeen kohdistamisessa kohdeosastoon ja henkilökunnan osallistamisessa muutokseen. Kohdeosastolla on hyvin erimittaisia työuria tehneitä sairaanhoitajia, joten kyselyyn ja Operaan osallistuneet omasivat asiantuntijanäkemyksen perehdytyksen eri näkökulmiin. Lääkäreille suunnattu kysely kohdennettiin osastolla toimiviin erikoislääkäreihin, jolloin varmistuttiin, että heillä oli riittävä näkemys perioperatiivisen hoitajan perehdytyksestä.

Loppuarviointiasetelma jakautui kahtia, siinä kysyttiin perehtyjiltä ja lyhytaikaisilta sijaisilta heidän kokemuksiaan hankkeen toteutusvaiheessa saamastaan perehdytyksestä. Perehdyttäjiltä, työryhmäläisiltä ja esimiehiltä kysyttiin hankkeen suunnitteluvaiheessa muodostuneen materiaalin sisältöön perustuen miten materiaaliissa huomioidaan tehokkuus, yksilöllisyys ja kannustavuus. Perehdyttäjien jne. ryhmän vastauksista ja palautteesta voidaan päätellä, ettei tutkija onnistunut kysymysten asettelussa parhaalla mahdollisella tavalla. Vastauksista kävi ilmi, että vastaajat eivät vastanneet pelkästään materiaaliin pohjautuen, vaan kertoivat omia näkemyksiään toteutusvaiheen perehdytyksen onnistumisesta. Näin ollen kyselyn tulokset eivät ole välttämättä luotettavia. Kappaleessa 6. Hankkeen tulokset tutkija on vertaillut perehtyjien tuloksia perehdyttäjien jne. tuloksiin hankkeen tavoitteiden osalta ja todennut niiden olevan samansuuntaiset. Joten näin voidaan todeta tulosten olevan kuitenkin melko luotettavia. Materiaali on riittävää kun tapahtuu saturaatiota, eli aineistosta nousee esiin samoja asioita. Toimintatutkimuksessa tosin on aivan normaalia, että tutkimus vaikuttaa päättymättömältä kehältä, jonka tulokset johtavat aina uuteen suunnitteluun ja toimintaan. (Huovinen & Rovio 2006, 105.)

Koska kyselyihin vastaajat saivat halutessaan pysyä nimettöminä, on oletettavaa, että he toivat vastauksiinsa todellista kokemusta ja hyväksi havaitsemaansa tietoa perehdytyksestä. Opera -menetelmä taas perustui osallistamiseen sekä pari- ja ryhmätyöskentelyyn, jonka ristiinarviointivaiheessa äänestetään koko osallistujajoukon tärkeimpinä pitämät kohdat esiin. Joten, myös Operan kautta nousseiden tulosten voidaan olettaa ole-

van luotettavia. Näin ollen myös saatu kokemuksellinen näyttö todetaan hankkeessa riittävän luotettavaksi.

Prosessiluonteisuus tutkimuksessa antaa aina oman sävynsä luotettavuuden tarkasteluun. Se, että tutkija itse on aineistonkeruun välineenä ja mukana tutkimusprosessissa, vaikuttaa hänen näkemyksiinsä ja tulkintaansa. Aineistonkeruuseen liittyvä vaihtelu ei ole niinkään puute, vaan tutkimuksen kehitysprosessiin luonnollisesti kuuluva osa. Luotettavuutta tuloksiin saadaan lisättyä raportoinnin tarkkuudella, jossa tuodaan esiin tutkimusprosessissa, tutkijassa, aineistonkeruumenetelmissä ja tutkittavassa ilmiössä tapahtuneet muutokset. Raportoinnissa on esitetty miten ja millaisten oletusten ohjaamina aineistoa on tutkimuksen missäkin vaiheessa kerätty ja analysoitu. Tutkimuskohteen kuvauksen rinnalla on selvitetty erilaiset metodologiset ratkaisut ja aineistonkeruumuodot, joita prosessin eri vaiheissa tehtiin. (Kiviniemi 1999, 78 – 79.)

Kehittämishankkeen metodologisissa lähtökohdissa tutkija käsitteli toimintatutkimuksen soveltuvuutta työelämälähtöiseen kehittämishankkeeseen. Tässä hankkeessa tutkimuskohde oli tilanteeseen sidottu ja otos rajoittunut, mutta tulokset olivat kuitenkin yleistettäviä niin muihin leikkauksiköihin kuin yleisestikin eri aloille. Tämä johtui hankkeen aiheesta, joka on ajankohtainen aina ja kaikissa työpaikoissa. Hankkeen tavoitteet oli selkeästi asetettu ja käytetyt metodit avattu. Tutkija oli tutkittavien kanssa jatkuvassa yhteistyössä, joka jouhevasti kuljetti hanketta eteenpäin. Näyttöön perustuva kehittäminen antoi hyvän tuen teorian ja käytännön yhteen liittämiseen. Näin saatuja tuloksia pystyttiin hyödyntämään kohdeosastolla ja niillä on myös yleistettävää arvoa. (Metsämuuronen 2008, 32.) Tutkija on Laurin (2006, 133.) kanssa samaa mieltä, että toimintatutkimus ei ole helppo teoria opinnäytetyölle. Hanke oli kuitenkin ajallisesti riittävän pitkäkestoinen, että selkeitä tuloksia saatiin näkyviin.

Haasteena yhteisöllisessä tutkimuksessa on yhteisön mukaan ottaminen raportointiin. Tässä hankkeessa käytännössä tutkija huolehti raportoinnista. Kuitenkin tutkija, joka on ollut mukana prosessissa, tekee väistämättä myös tulkintoja. Vaikka aineistosta löytyy perusteet ratkaisuille, joiden avulla on päädytty tietynlaiseen luokitteluun tai aineiston analyysiin, löytyy joku joka olisi voinut päätyä toisenlaiseen tulkintaan. Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointiin on suositeltavaa käyttää member checking tarkastuskäytäntöä (Lincoln & Guban 1985), jossa tutkittavina sekä osaltaan kehittämässä ja toteuttamassa mukana olleet arvioivat saatuja tuloksia ja niistä tehtyjä tulkintoja. Nämä henkilöt voivat kommentoida raporttikäsikirjoitusta ja siinä esitettyä toteutusta suhteessa heidän omaan näkemykseensä kehittämishankkeen toteutuksesta. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta niin lukijan kuin toimijoidenkin silmissä. Mikäli ilmenee merkittäviä jännitteitä tutkijan ja muiden osallisten välillä, tulisi niiden nousta esiin jo varsinaisessa raportissa. (Kiviniemi 1999, 80 - 81.) Raportointivaiheessa hankkeen työelämäedustaja luki ja kommentoi työtä. Raportoinnissa on kirjattu hankkeen edetessä ilmenneet seikat.

7.4 Tutkijan kehitysprosessi

Tutkimuspäiväkirjan kirjoittaminen koko hankkeen ajan oli toimiva ja motivoiva ratkaisu. Se auttoi paitsi pitämään kaikki ajatukset, ideat ja lähteet yhdessä paikassa, myös palauttamaan edelliset ajatukset mieleen tauon jälkeen. Tutkimuspäiväkirja oli toimintatutkimusta tekevälle työelämän kehittäjälle ehdoton apuväline.

Hankkeen alussa tehty pohjatyö kannatti. Silloin tutkija tutustui erilaisiin metodeihin, tutkimuksen kirjoittamiseen ja tekemiseen. Näin tutkija sai vahvan teoreettisen pohjan tutkimuksen toteuttamiselle. Hankkeen aikana tutkija onnistui yhdistämään paljon koulutuksen varrella oppimiaan asioita. Tutkija toteaaakin koko ylemmän ammattikorkeakoulutuksen antaneen hänelle kokonaisuudessa juuri oikeita asioita työelämän kehittämiseen ja johtamiseen. Vaikka työelämlähtöinen kehittämishanke toteutettuna toimintatutkimuksena kentällä ei ole helppo lähtökohta opinnäytetyölle, tutkija kokee saaneensa hankkeesta erityisen paljon. Hanke on antanut realistista kuvaa terveydenhuollon kehittämisen haasteista ja johtamisesta käytännössä. Hankkeeseen on liittynyt resurssi- ja aikapulan ratkaisemista, muutosvastarintaa sekä onnistumisen elämyksiä ja asioiden eteenpäin viemistä. Tutkija on oppinut omasta rajallisuudestaan ja puutteistaan johtajana ja osaa huolehtia paremmin jaksamisestaan.

Työryhmätyöskentely vaati tiukan aikataulun vuoksi etukäteisvalmisteluja, joiden suurta työmäärää tutkija ei osannut huomioida etukäteen. Kokoon-tumiset onnistuivat hyvin ja niiden valmistelu, vetäminen ja yhteenveto opettivat paljon esimiestyöstä ja asioiden kirkastamisesta. Operamenetelmän osallistava ja tehokas tapa ideoida asioita yhdessä oli erittäin toimiva toimintatutkimuksessa ja työyhteisön kehittämisessä. Sen aikataulutettu eteneminen toki vaati etukäteissuunnittelua, mikä mahdollisti rajoitetun ajan tehokkaan hyödyntämisen, jokaisen osallistujan ajatusten esiin tulemisen ja sitouttamisen aiheeseen.

Tutkija kokee onnistuneensa työn, opiskelun ja perhe-elämän yhdistämisessä ja priorisoinnissa. Hanke eteni aikataulussa vaadittujen seminaarien kautta ja valmistui koulutusohjelmalle asetetussa aikaraamissa.

7.5 Tulosten yleistettävyys ja jatkotutkimusaiheita

Hanke tuotti tuloksina paljon konkreettisia kehittämisen kohteita perehdytykseen liittyen. Osa niistä voidaan toteuttaa kohdeosaston lisäksi myös muilla leikkaus- ja anestesiaosastoilla. Tällaisia ovat perehdytysprosessin toimintamallin hyödyntäminen, eri osaamisalueiden perusteiden perehdytys niin anestesia-, kuin leikkaushoitajallekin, lyhytaikaisten sijaisten sijoittelun suunnittelu tuttuihin tiimeihin sekä laitteiden käyttökoulutuksen organisointi.

Hanke tuotti myös kehittämisohdotuksia, joita voidaan yleistää muihinkin terveydenhuollon yksiköihin sekä yleisesti eri aloille. Perehdyttäjän tulee olla motivoitunut tehtäväänsä ja saada siihen myös koulutusta. Koulutuk-

sen tulee sisältää yksikön perehdytysohjelman käytön periaatteet ja yksikön tavoitteet perehdytykselle.

Merkittävimpana tuloksena kehittämishankkeessa tuotettiin perehdytyksen prosessi, jossa toteutuu tehokkuus, yksilöllisyys ja kannustavuus. Tämä prosessi on kohdennettu leikkaus- ja anestesiaosastolle, mutta se on osittain yleistettävissä mihin tahansa alalle. Tärkeintä prosessin toimimisen kannalta ei ole kohteena oleva ala vaan henkilö, joka huolehtii prosessin suunnittelusta etenemisestä. Tämä seikka, eli prosessin koordinointi on kehittämishankkeen tärkein ilmiö. Perehdytysprosessin koordinoinnin voi hoitaa esimies tai hänen tehtävään nimeämä vastuhenkilö. Tällainen vastuhenkilö on perehdytyskoordinaattori. Niin kauan, kun kukaan ei aidosti ole vastuussa prosessista se ei myöskään toimi. Tässä piilee syy hyvien perehdytysohjelmien ja -prosessien toimimattomuudelle käytännössä.

Tavoitteiden laatiminen perehtyjälle itselleen suhteessa yksikön tavoitteisiin luovat pohjan arvioinnille. Arviointiin tulee laatia tarkoituksenmukainen lomake, johon perehdyttäjä voi kirjata kommentteja jo ennen arviointikeskustelua. Arviointijärjestelmän pohjana toimii 360° vertaisarviointi, jossa osaamista arvioidaan suhteessa yksikön toimintaan. Arvioinnin tekee kirjallisesti perehtyjä itse, perehdyttäjä ja perehdytyskoordinaattori sekä esimies. Arvioinnin kohteina ovat onnistuminen, tavoitteiden saavuttaminen, urakehitys ja perehdytyksen kehittäminen.

Mikäli organisaatiossa on käytössä osaamisen kartoitus, tulisi perehdytys liittää osaksi sitä. Sen avulla työntekijä pystyy etenemään urallaan perehdytyksen jälkeenkin, jolloin jatkokoulutus on systemaattisempaa. Samalla organisaatio kehittyy ja saa osaavaa henkilökuntaa sekä pystyy tarjoamaan mahdollista osaamisen laajentamista niin portaittaisesti ylöspäin kuin horisontaalisestikin eri osaamisalueille. Tällaista ehdotti Lahti, jo vuonna 2007 omassa tutkimuksessaan. Leikkaus- ja anestesiaosaston näkökulmasta osaamista kannattaa laajentaa esimerkiksi anestesiahoitajien kohdalla teho-osaston, päiväkirurgian ja päivystysyksikön kautta. Leikkaushoitajien kohdalla hyödyttäisi osaaminen päiväkirurgian, endoskopiayksikön ja päivystysyksikön alueelta. Hankkeen kohdeorganisaation käyttämän ketjulahettotoiminnan laajentaminen myös hoitohenkilökunnan ulottuville yliopistosairaalan leikkausyksiköihin tukisi osaamisen laajentamista. Jos perehdytys liitetään osaamisenkartoitukseen, tulee samalla selvittää perehdytysohjelman sähköiseen muotoon muuttamisen mahdollisuudet.

Perehdytyksen prosessia tulee edelleen tarkastella ja kehittää. Tieteellistä tutkimusta tulisi tehdä laajemmassa mittakaavassa kuin vain yhden sairaanhoitopiirin toimijoista. Näkökulmana voisi tarkastella perehdytyksen käytäntöjä, toteutusta, perehdytysprosessien toimivuutta tai perehdytyskoordinaattoreiden tehtäväkuvien vertailua. Perehdytyksen koetaan harvoin olevan erittäin hyvin toteutettu, alasta riippumatta. Näkökulma perehdytyksen epäonnistumiseen ja syihin sen takana, olisi myös tarpeellinen selvittää.

Kehittämishankkeen kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista nousi useassa kohtaa esimiehen roolin merkitys perehdytyksessä. Tämän päivän tervey-

denhuollon esimiestyö on muuttunut paljon erilaisten organisaatiomuutosten ja tehtävänsiirtojen myötä. Esimiehillä on johdettavanaan yhä suurempia yksiköitä, jolloin tiettyjä osa-alueita on järkevää siirtää toteutettavaksi siihen nimetyille asiantuntijoille. Perehdytyksen vastuun kantaa yksikön esimies, mutta toteutuksesta vastaa esimiehen siihen nimeämät työntekijät. Mielenkiintoista olisi tutkia perehdytystä esimiestyön näkökulmasta. Selvittää mikä merkitys esimiestyöllä on perehdytysprosessin onnistumisessa sekä mitkä perehdytyksen avaintekijät tulee pitää esimiehen käsissä jatkossakin.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämishankkeen johtopäätöksinä voidaan todeta hankkeen vastanneen sille asetettuun kehittämisiongelmaan. Hanke loi näyttöön perustuen perehdytyksen prosessin, joka huomioi laajat osaamisvaatimukset leikkaus- ja anestesiaosastolla. Kohdeosastolla olemassa oleva perehdytysohjelma oli kehittämisen lähtökohta ja hankkeessa työskenneltiin kiinteästi kohdeosaston henkilökunnan kanssa. Laaditun prosessin todettiin toimivan käytännössä ja sen avulla vastattiin hankkeen tavoitteisiin. Hankkeen avulla luotiin perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuva, jonka todettiin mahdollistavan hankkeelle asetetut tavoitteet. Koordinaattori mahdollisti tehokkaan perehdytyksen etenemisen systemaattisesti suunnitelman mukaan, jolloin varmistettiin, että jokainen perehtyjä sai samansisältöistä tietoa. Prosessissa laadittu henkilökohtainen perehdytysuunnitelma huomioi perehtyjän aiemman osaamisen tason ja tätä kautta yksilöllisyys toteutui aiempaa paremmin. Kannustavuus toteutui arviointikeskustelujen ja palautteen antamisen mahdollistamisena ja suunnitelmallisena toteuttamisena.

Perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuva on avain toimivaan ja tulokselliseen perehdytykseen. Koordinaattori mahdollistaa perehdytysprosessin suunnitelmallisen etenemisen jokaisen perehtyjän kohdalla yksilöllisesti. Ilman koordinaattoria tai esimiestä, joka sitoutuu hoitamaan perehdytysprosessin etenemisen, ei perehdytyksessä saada kohdeosastolla aikaan pysyviä tai tehokkaita ratkaisuja. Päivystävän keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston työ on hektistä, mikä edellyttää jatkuvaa valmiutta muuttaa tehtyjä suunnitelmia ja olla valmis toimimaan äkillisesti muuttuneissa tilanteissa. Lisäksi kohdeosaston toimintakulttuuri edellyttää kaikilta tiimien vaihtuvilta jäseniltä tehokkuutta. Edellä mainituista syistä kohdeosaston osaamisen vaatimukset ovat laajat ja niistä johtuu pitkäaikainen suunnitelmallinen perehdytyksen tarve, johon perehdytyskoordinaattori pystyy vastaamaan.

LÄHTEET

- Ala-Fossi, M. & Heininen, E. 2003. Sijaisuus ja sijaisten työhön perehdyttäminen sairaanhoitajien näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta: Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Helsinki: Akatiimi Oy.
- Elomaa & Mikkola 2008. Näytön jäljillä: Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 4. uud. p. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. p. Tampere: Vastapaino.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 2. korjattu ja täydennetty p. Juva: PS-kustannus, 196-211.
- Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä: Toimintatutkimuksen perusteita ja näkökulmia. Juva: ATENA-kustannus, 25 – 62.
- Helin, K. 2006. Yhdessä menestymisen taito. 5. p. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Holopainen, K., Ilola, T., Nurmela, P. & Tunturi, P. 2008. Perehdytysohjelma leikkaus- ja anestesiaosastolle. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Huffman, M. 1995. Competency-based Orientation for Perioperative Cardiovascular Nurses. AORN-Journal. Vol.61 (4), 722 – 729.
- Huovinen, T. Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon - Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1.p. Kansanvalistusseura: Helsinki. 94 – 113.
- Hyvä perehdytys-opas. Kumppanuudella tuloksiin pk-yrityksissä - ORBITS. 2007. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu Sarja B Oppimateriaalia, osa 4. Lahti: Esa Print Oy. Viitattu 19.9.2009 <http://www.lpt.fi/lamk/julkaisu/perehdyttamisopas.pdf>
- Jyrinki, E. 1977. Kysely ja haastattelu tutkimuksessa. 3. p. Vaasa: Oy Gaudeamus Ab.

Kallio, E. 2008. Uusien työntekijöiden perehdytyksenprosessin arviointi ja kehittäminen. Vaasan yliopisto, Kauppatieteen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Katoma, J. & Vaanola, J. 2007. Osaamisvaatimukset - perehdytysohjelman perusta. Pinsetti, 2, 23 – 24.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. 2009. Taskutieto 2009 – 2010.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. 2011. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin strategia vuoteen 2015.

Ketola, H. 2010. Tulokkaasta tuottavaksi asiantuntijaksi - Perehdyttäminen kehittämisen välineenä eräissä suomalaisessa tietualan yrityksissä. Jyväskylän yliopisto, taloustieteet. Jyväskylä studies in business and economics 92. Väitöskirjatutkimus.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä: Toimintatutkimuksen perusteita ja näkökulmia. Juva: ATENA-kustannus, 63 – 83.

Koivula, U-M. 1999. Osa I: Opinnäytetyön muotoja ja menetelmällisiä vaihtoehtoja. Teoksessa Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrvinen J. Mission: possible Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1. Tampere: PirAmk.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. Porvoo: WSOY.

Koskue, S. 2008. Sairaanhoitajan perehdytys kirurgisilla vuodeosastoilla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Palmeniasarja 61. Helsinki: Palmenia.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, (1), 3-12.

Käypä hoito-käsikirja. 2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.10.2011.
http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00021

Lahti, T. 2007. Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Helsinki: WSOY, 21–43.

Lauri, S. 2006. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. – 4. p. Porvoo: WSOY, 114-135.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 1. – 3. p. Porvoo: WSOY, 284 – 298.

Leinonen, T. & Wilskman, K. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja – Tuija Leinonen ihanneammattissaan. Sairaanhoitaja 4/2007, Vol 80, 8 - 9.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Melender, H-L. & Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvan toiminnan oppiminen hoitotyön koulutuksessa: katsaus koulutusinterventtioiden vaikuttavuuteen. Tutkiva Hoitotyö 4 (7), 34 – 41.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Miettinen, M., Kaunonen, M. & Tarkka, M-T. 2006a. Laadukas perehdyttäminen. Osa I Hoitotyön perehdytyksen perusta. Hallinnon tutkimus 2 (25), 63-70.

Miettinen, M., Peltokoski, J. & Åstedt-Kurki, P. 2006b. Osastonhoitajan rooli perehdyttämisessä. Tutkiva hoitotyö 3 (4), 23 - 29.

Miettinen, M., Kaunonen, M., Peltokoski, J. & Tarkka, M-T. 2009. Laadukas perehdyttäminen. Osa II Hoitotyön perehdytyksen prosessi ja sen arviointi. Hallinnon tutkimus 2 (28), 76 - 83.

Palosaari, S. 2006. Näkökulmia perehdyttämiseen terveydenhuollon hoitoyksikössä. Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.

Peltokoski, J. 2004. Perehdyttäminen hoitotyön johtamisen osana – osastonhoitajien näkemyksiä perehdyttämisestä yhdessä sairaanhoitopiirissä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Penprase, B. 2000. Collaboratively Developing an Orientation Program for OR Nurses. AORN-Journal. Vol72, (4), 663 – 670.

Penttinen, A. & Mäntynen, J. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus. 2. painos. Työturvallisuuskeskus TTK. Viitattu 19.9.2009. <http://www.tyoturva.fi/files/800/Tyohon-perehdyttaminen2009.pdf>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ky. 2006. Perehdytysohjelma.

Rainio, P. 2005. Kiinnitä työhön ja tulokseen. Opas kuntatyön perehdyttäjälle. Kuntatyö 2010-projekti. Viitattu 19.9.2009 <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p050616134741K.pdf>

Rokka, M. 2005. Miten leikkaushoitaja kehittää asiantuntijuuttaan? Pinsetti 2/2005, 21–22.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. 1. vedos. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto: Tampereen yliopisto. Viitattu 6.1.2011. http://www.fsd.uta.fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Saastamoinen, P. 2005. Sairaanhoitajan perehtyminen anestesiaosastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tukitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. 1.p. Helsinki: WSOY, 21 – 39.

Salonen, A. 2004. Mentorointi ja sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sarajärvi, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä. Pro terveys – Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat 6 (36), 10 – 14.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta - Avain hoitotyön kehittämiseen. 1.p. Helsinki: WSOYproOy.

Silén-Lipponen, M. 2005. Teamwork in Operating Room Nursing. Conceptual Perspective and Finnish, British and American Nurses' and Nursing Students' Experiences. Kuopion yliopisto, hoitotieteet. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 123. Väitöskirjatutkimus.

Släen, T. & Mantere, V. 2000. TUPLATIIMI, Opas tehokkaampiin palaveriinhin. Vantaa: Innotiimi Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Strauss, J. 1994. Perioperative Nursing Orientation. AORN-Journal. Vol 59 (6), 1293 – 1301.

Tarus, T. 2006. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteet. Dissertations in Health Sciences 32. Väitöskirjatutkimus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-2. painos. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Työturvallisuuslaki 2002. 23.8.2002/738.

Usher, K., Nolan, C., Reser, P., Owens, J. & Tollefson, J. 1999. An exploration of the preceptor role: preceptors' preceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *Journal of Advanced Nursing* 29 (2). 506 – 514.

Vierula, E. 2001. Perehdytysohjelma työelämään sopeutumisen välineenä. Hämeen kesäyliopisto, Hoitotyönjohtajien lisäkoulutus 1999-2001, Pääte-työ.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. p. Juva: WSOY, 26 – 34.

Wells, M.M.P. 1999. Determining the Best Length of an OR Orientation Program. *AORN Journal* 70 (1), 72 – 78.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Menetelmäopetuksentietovaranto – KvantiMOTV. Tampereen yliopisto. Viitattu 6.1.2011.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmäopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2003. Otos ja otantamenetelmät. Menetelmäopetuksentietovaranto – KvantiMOTV. Tampereen yliopisto. Viitattu 6.1.2011.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmäopetus/otos/otantamenetelmat.html>

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 2006. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. p. Juva: WSOY, 152–163.

TUTKIMUSTAULUKKO

Liite 1 1/5

TUTKIMUKSEN TIEDOT	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄT JA AINEISTOT	KESKEISET TULOKSET
Ala-Fossi, M. & Heininen, E. 2003 Sijaisuus ja sijaisten työhön perehdyttäminen sairaanhoitajien näkökulmasta. Pro gradu.	Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia sijaisena olemisesta ja työhön perehdyttämisestä sekä heidän näkemyksiään perehdytyksen kehittämisestä.	Teemahaastattelut Kvalitatiivisesti aineistolähtöisesti sisällön analyysillä N=25	Vastuu perehdytyksestä koettiin olevan työnantajalla ja sijaisella itsellään. Perehtymiseen tarvittiin oma-aloitteisuutta. Perehdytyksen koettiin auttavan oman paikan löytämistä työyhteisössä, kun taas sen puuttumisen koettiin aiheuttavan tiedon puutetta ja yksinäisyyden tunnetta. Kehitettävää todettiin olevan perehdyttäjissä, perehdytyksen ajankohdassa ja kestossa sekä perehdytysohjelmissa.
Huffman, M. 1995. Competency-based Orientation for Perioperative Cardiovascular Nurses. (Yhdysvallat) Artikkel	Kehittää pätevyyteen perustuvan perehdytysohjelman avulla uusien leikkaussairaanhoitajien perehtymistä ja työskentelyn laatua.	Perehdytysohjelman tulokset Tilastollinen Kahden sairaalan uudet leikkaussalisairaanhoitajat N=11	Perehdytys nähtiin johtamisen keinona ja siihen liittyi opetus- ja oppimistoimintaa. Se paransi hoitotyön laatua ja työntekijöiden hyvinvointia sekä työyhteisöön sosiaalistumista. Tiimityöskentely kehittyi ja ammatilliset tiedot ja taidot lisääntyivät. Työtyytyväisyys ja työssä pysyminen parani.
Kallio, E. 2008. Uusien työntekijöiden perehdytysprosessin arviointi ja kehittäminen. Pro gradu.	Selvittää uuden työntekijän kokemuksia perehdytyksestä ja vastasiko perehdytyksenprosessi odotuksia ja tarvetta. Lisäksi selvitettiin perehdytyksen motivaatio tekijöitä.	Määrällinen ja laadullinen case-tutkimus Perehtyjä ja perehdyttäjiä N=11	Hyvä suunnittelu, nimetty perehdyttäjä, yksilöllisyyden huomioiminen ja kirjallinen materiaali todettiin perehdytyksessä hyväksi. Perehdyttäjän positiivinen ja kannustava asenne, palautteen saaminen, perehdytyksen seuraaminen ja perehdytysmyönteinen ilmapiiri todettiin perehdytystä motivoiviksi tekijöiksi.
Ketola, H. 2010 Tulokkaasta tuottavaksi asiantuntijaksi – Perehdyttäminen kehittämisen välineenä eräässä Suomalaisessa tietöalan yrityksessä. Väitöskirja.	Tutkia ja kuvata teknologiateollisuuden tietöalan yrityksissä prosessia, jossa hyvin toteutetun perehdytyksen avulla uudesta työntekijästä kehittyy osaava työyhteisön jäsen.	Teemahaastattelut N=13 Kysely N=45; vastausprosentti 57,8%. Induktiivinen päättely, Grounded theory	Perehdytyksen sisällön muodostavat perehdyttämisen tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja seuranta sekä selkeä vastuiden jako, toimiva vuorovaikutus ja kannustus.

TUTKIMUKSEN TIEDOT	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄT JA AINEISTOT	KESKEISET TULOKSET
Koskue, S. 2008 Sairaanhoitajien perehdytys kirurgisella vuodeosastolla. Pro gradu.	Kuvata sairaanhoitajien toteutunutta perehdytystä sekä heidän näkemystään perehdytyksen kehittämisaalueista.	Kyselylomake Tilastolliset menetelmät ja induktiivinen sisällönanalyysi N=41; vastausprosentti 56%	Parhaiten toteutui perehdytys hoito-ohjelmien toteutukseen, hallintaan, potilaan tilan diagnosointiin ja tarkkailuun. Hyvinä pidettiin työyhteisöltä saatua tukea ja perehdyttäjien ominaisuuksia. Henkilöstöresursseja lukuun ottamatta huonona pidettiin organisaation edellytyksiä perehdytykseen tai sen suunnitteluun ja toteutukseen. Kehittämisaueina nousi perehdytyksen resursointi, sisällön kehittäminen ja yksilöllisyyden huomioiminen sekä perehdyttäjän ominaisuudet.
Lahti, T. 2007 Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen. Pro gradu.	Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia vuodeosastoilla järjestetystä perehdyttämisestä ja selvittää perehdyttämisen yhteys sairaanhoitajien haluun sitoutua organisaatioon.	Kyselytutkimus.N=100; vastausprosentti 66%. SPSS for Windows 13.0 tilasto-ohjelmalla.	Perehdytyksen yksilöllinen suunnittelu, nimetty perehdyttäjä, perehdytyksen seuranta ja arviointi nousivat tärkeiksi kehittämisaueiksi. Organisaatioon sitoutuminen todettiin yleisesti heikoksi. Parhaiten sitoutuivat ne, joilla oli nimetty perehdyttäjä tai aiempaa työkokemusta.
Miettinen, M., Kaunonen, M. & Tarkka, M-T. 2006 Laadukas perehdyttäminen Osa I, Hoitotyön perehdytyksen perusta. Artikkel.	Kuvata hoitotieteen opiskelijoiden kokemuksia perehdytyksestä. Tarkastelun kohteena perehdytyksen perusta	Oppimispäiväkirja Induktiivinen sisällön analyysi N=76	Laadukkaan perehdytyksen perustana on selkeästi määritelty vastuu, yksilöllisesti toteutettu tavoitteellisuus ja perehdytyksen sisältöjen määrittäminen.
Miettinen, M., Kaunonen, M., Peltokoski, J. & Tarkka, M-T. 2009 Laadukas perehdyttäminen Osa II, Hoitotyön perehdytyksen prosessi ja sen arviointi. Artikkel.	Kuvata hoitotieteen opiskelijoiden kokemuksia perehdytyksestä. Tarkastelun kohteena perehdytyksen prosessi ja arviointi.	Oppimispäiväkirja Induktiivinen sisällön analyysi N=76	Perehdytys on pitkäkestoinen ja suunnitelmallinen prosessi, joka jaksottuu sisällöllisesti, ajallisesti ja yksilöllisesti. Perehdytyksen arvioinnin tulee olla pitkäjänteistä ja suunnitelmallista ja sitä voidaan hyödyntää perehdytyksen kehittämisessä.

TUTKIMUKSEN TIEDOT	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄT JA AINEISTOT	KESKEISET TULOKSET
Miettinen, M., Peltokoski J. ja Åstedt-Kurki, P. 2006. Osastonhoitajan rooli perehdyttämisessä. Artikkel.	Selvittää osastonhoitajan roolia ja sen kehittämisalueita hoitotyöntekijän perehdyttämisessä. Tuottaa tietoa näiden alueiden kehittämiseen.	Kirjallisuuden pohjalta laadittu strukturoitu kysely. N=73, vastausprosentti 51% Tilastollisin menetelmin ja aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä.	Osastonhoitajan rooli on mahdollistaa perehdytyksen suunnitelmallinen toteutus, auttavan ja hyväksyvän ilmapiirin luominen sekä sitouttaa henkilöstön työhön ja organisaatioon. Kehittämisalueina nousee perehdytykseen liittyvä koulutus ja sen laadun sekä vaikuttavuuden parantaminen systemaattisella arvioinnilla ja näyttöön perustuvalla menetelmillä.
Palosaari, S. 2006 Näkökulmia perehdyttämiseen terveydenhuollon hoitoyksiköissä. Pro gradu.	Selvittää perehdytyksen merkitys terveydenhuollon henkilöstön kehittämisessä sekä kuvata perehdytyksen suunnittelu ja toteutuminen kohde yksiköissä.	Viiden eri sairaalan perehdytysuunnitelmat Laadullinen tutkimus Dokumenttianalyysi	Uuden ja toisista tehtävistä siirtyvän työntekijän perehdytys on tärkeää. Yksikkö tasolla perehdytys vastuu oli esimiehillä. Suunnittelu ja toteutus tehtiin perehdytysohjelmien avulla ja sitä seurattiin ja arvioitiin muutaman kuukauden kuluttua perehdyttämisestä. Ammatillisuuden ja osaamisen vaatimukset sekä hoitotoiminnan periaatteet nousivat terveydenhuollon erityispiirteistä. Yksiköissä perehdytettiin organisaatioon, työyhteisöön, työhön ja työolosuhteisiin. Kehittämisalueena nousi perehdytyksen seuranta ja arviointi.
Peltokoski, J. 2004 Perehdyttäminen hoitotyön johtamisen osana – Osastonhoitajien näkemyksiä hoitotyöntekijän perehdyttämisestä yhdessä sairaanhoitopiirissä. Pro gradu.	Kuvaa osastonhoitajien arvioimana hoitotyöntekijän perehdytyksen toteutumista, osastonhoitajan ja hoitotyöntekijän rooleja perehdytyksessä sekä perehdytyksen tulevaisuuden kehittämisen painopistealueita.	Kysely, Likertin viisiportainen asteikko SPSS for Windows 11.5 tilasto-ohjelmalla ja sisällönanalyysillä N=73; vastausprosentti 51%	Perehdytyksessä toteutuu lähes aina sitoutuminen, oppiminen ja tavoitteellisuus. Yksilöllisyys ja suunnitelmallisuus ei aina toteutunut ja perehdyttämisen toteuttamismenetelmät olivat yksipuolisia. Perehdyttämistä arvioitiin ja seurattiin harvoin ja menetelmät olivat yksipuolisia. Osastonhoitajan roolissa korostui vastuu ja toteuttamisen mahdollistaminen, työntekijän sitouttaminen ja oppimisen sallivan ilmapiirin rakentaminen.
Penprase, B. 2000. Collaboratively Developing an Orientation Program for OR Nurses. (Yhdysvallat) Artikkel.	Kehittää perehdytysohjelma, joka madaltaa uusien sairaanhoitajien leikkaushoitotyöhön siirtymisen kynnystä.	Perehdytysohjelman tulokset Laadullinen Leikkaussalisairaanhoitajat N=11	Perehdytys vahvisti uusien sairaanhoitajien kriittisen ajattelun taitoa, teknisten käytäntöjen ja käytännön hoitotyön omaksumista. Se lisäsi positiivista asennoitumista leikkaussalisairaanhoitajan työhön ja siinä pysymiseen.

TUTKIMUKSEN TIEDOT	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄT JA AINEISTOT	KESKEISET TULOKSET
Saastamoinen, P. 2005 Sairaanhoitajan perehtyminen anestesiaosastolla. Pro gradu.	Selvittää miten käytössä oleva perehdytysohjelma vastaa sille asetettuihin tavoitteisiin ja millaisia kehittämistarpeita ohjelmalla on.	Teemahaastattelut Sisällönanalyysi N=6	Perehdytys aika tulee säilyttää vuoden mittaisena. Teoriaa voi opettaa kootusti erillisenä kurssina ja käyttää apuna mahdollista ATK pohjasta materiaalia. Palautekeskusteluja ja arviointia tulee kehittää ja dokumentoida ammatillisen kasvun osaksi.
Salonen, A. 2004 Mentorointi ja sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys. Pro gradu.	Selvittää millaiseksi sairaanhoitajat kokevat mentorointisuhteensa ja ammatillisen pätevyytensä sekä niihin liittyvät taustamuuttujat. Tavoitteena oli saada tietoa perehdytyksestä ja kehittää perehdytysmittari.	Strukturoitu kyselylomake SPSS for Windows 11.5 tilasto ohjelma N=147; vastausprosentti 63%	Perehdyttäjän nimeäminen, palautteen antaminen ja perehdytyksen keston suunnittelu yksikön vaatimusten mukaan edistää perehtymistä. Perehdytyksellä todettiin yhteys ammattpätevyyden kehittymiseen, tosin sairaanhoitajan todettiin voivat itse parhaiten siihen vaikuttaa.
Silén-Lipponen, M. Teamwork in Operating Room Nursing. Conceptual Perspective and Finnish, British and American Nurses' and Nursing Students' Experiences. (Suomi) Väitöskirja	Kuvata tiimityön merkitystä leikkaushoitotyössä suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemusten kautta. Määritellä tiimi-käsite ja sen ilmenemistä kirjallisuuden avulla.	Haastattelu ja kirjallinen aineisto, jotka kerättiin merkityksellisten tapahtumien menetelmällä Kuvaileva fenomenologinen menetelmä ja laadullinen sisällönanalyysi	Epävarmuus, jatkuvat tiimien kokoonpanojen muutokset, täydellisuuden tavoittelu, ongelmat vuorovaikutuksessa, teknisyyden korostuminen työskentelyssä ja virheiden kieltäminen vaikeuttavat tiimityöskentelyä. Kokemattomat ja iäkkäät hoitajat kokivat työn stressaavana. Hyvä ohjaus ja hyväksyvä oppimisilmapiiri auttavat tiimin jäseneksi pääsemisessä.
Strauss, J. 1994. Perioperative Nursing Orientation. (Yhdysvallat) Artikkel.	Kehittää perioperatiivinen perehdytysohjelma, joka auttaa uusia työntekijöitä ja sijaisia sopeutumaan ja pysymään työssä.	Yhden leikkausosaston kaikki uudet ja sijaisena toimivat sairaanhoitajat.	Vakituisten työntekijöiden suhtautuminen uusiin parani. Ohjelma takasi hyödyllisen tiedon antamisen uusille työntekijöille. Suunnitelmaan käytetty aika korvaantui työssä pysymisenä.

TUTKIMUKSEN TIEDOT	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄT JA AINEISTOT	KESKEISET TULOKSET
Taurus, T. 2006 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Pro gradu.	Kuvata leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevien sairaanhoitajien perehdytystä. Selvittää minkälaisilla asioilla oli yhteys onnistuneeseen perehdytykseen.	Kyselytutkimus, jonka pohjana käytettiin Saarikosken (1998) ja Dunninin (1999) mittareita. Yliopistosairaaloiden leikkaus- ja anestesiaosastoilla tietyllä aikavälillä työnsä aloittaneet, tutkimushetkellä työssä olevat sairaanhoitajat. Analyysi tehtiin SPSS tilasto-ohjelmalla. N=114.	Tehokas perehdytys nopeuttaa tuottavaan työhön siirtymistä ja varmistaa kaikkien asioiden läpikäymisen. Yksilöllisen osaamisen ja kokemuksen huomioiminen ja perehdytyksen kolmivaiheisuus (suunnittelu, toteutus ja arviointi) todettiin tärkeiksi. Henkilökohtainen kannustava palautteen antaminen koettiin tärkeäksi.
Tengvall, E. 2010 Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Väitöskirja.	Selvittää leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli luoda tulosten pohjalta ammattipätevyysmalli intraoperatiiviseen hoitotyöhön.	Kyselylomaketutkimus yliopistosairaaloiden viiden erikoisalan leikkausyksiköiden sairaanhoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä avoimet kysymykset sisällönanalyysillä. N=589. Vastausprosentti 82%.	Leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytetään vaatimustasoltaan erittäin korkeaa ammatillista pätevyyttä. Osaaminen sisältää vahvat, yhteiset ja eriytyneet, spesifit ammatilliset pätevyyden osa-alueet. Pätevyyden mahdollistaa intensiivinen ja tavoitteellinen perehdytys, joka rakentuu ammatillisen pätevyyden osa-alueista.
Usher, K., Nolan, C., Reser, P., Owens, J. & Tollefson, J. 1999. An exploration of the preceptor role: preceptors' preceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. (Australia) Artikkel.	Selvittää vaikuttaako perehdyttäjän sitoutumiseen ja rooliin palkkiot, edut ja tuki	Kvalitatiivinen kyselylomake Ristiintaulukointi N=59. Vastausprosentti 78%	Perehdytykseen sitoudutaan paremmin kun siitä saa etua itselleen. Organisaation tuki todettiin tärkeäksi, samoin toisten perehdyttäjien kanssa kokemusten jakaminen. Perehdyttäjiä tulee tukea ja palkita sekä kouluttaa tehtävänsä.
Wells, M.M.P. 1999. Determining the Best Length of an OR Orientation Program. (Yhdysvallat) Artikkel.	Selvittää onko perehdytyksen kestolla merkitystä perioperatiivisen sairaanhoitajan perehtymiseen.	Havainnoimalla 3kk ja 6kk perehdytyksessä olevien sairaanhoitajien työskentelyä ison kirurgisen toimenpiteen aikana. N=62	Tehokkaalla perehdytysohjelmalla voidaan sairaanhoitaja perehdyttää 3 – 6 kuukaudessa. Ryhmien välille ei syntynyt merkittäviä eroja. Sopiva aika tulee löytää menetelmien ja painotusalueiden avulla. Perehtyvän oppimistyyli tulee myös huomioida.

K-HKS Leikkaus- ja anestesiaosasto	MUU	HUOM!
Lähtötilanteen kartoitus (tammikuu) <ul style="list-style-type: none"> Tilanneanalyysi: Mitkä ovat perehdytyksen ongelmat osastollamme? 	Tutkimusseminaari 21.1	Nettikysely vk 3/4 sisällönanalyysi
Prosessointi- ja sitouttamisvaihe (tammi-kuu) <ul style="list-style-type: none"> Tilanneanalyysi kyselyn tulokset Toimenpiteiden suunnittelu: Millä toimenpiteillä saamme perehdytyksen toimimaan? Kartoitetaan halukkaat mukaan perehdytystyöryhmään <ul style="list-style-type: none"> i&a hoitajia päävastuullisia perehdyttäjiä ke-vät/kesä 2011) 	Erikoislääkärit Ohjausta	Nettikysely 3/11 puoliväli OPERA 28.1. perjantai palav. Kirjallisuuskatsaus sisällönanalyysi
Suunnitteluvaihe (maalis-huhtikuu) Perehdytys työryhmä + tutkija määrittelee: <ul style="list-style-type: none"> Tavoitteet (kokonais ja osa) Arviointi keinot Aikataulut Toteutus Kehittämissuunnitelman laatiminen Näytön pohjalta: <ul style="list-style-type: none"> OPERA 28.1 tulokset Lääkäreiden kyselyjen tulokset Kirjallisuuskatsaus 	Ohjausta 10.3 Työn esittely 11.3 pe palaverissa 13.5 OPERAn avulla esittely pe palaverissa	I kokous maaliskuun alkuun (listan suunnittelu) Edetään OPERAsa nousseiden teemojen kautta
Toteuttamisvaihe (touko-syyskuu) <ul style="list-style-type: none"> Kehittämissuunnitelma käyttöön Koulutus henkilökunnalle (ei pystytty järjestäm.) Jatkuva seuranta ja arviointi säännöllisesti Informointi koko osastolle 13.5 Opera 	Väliseminaari 13.5 Ohjaus Väliseminaari 12.8	Ryhmän kokoukset jatkuu (ei koontumisia)
Arviointivaihe (syys-lokakuu) <ul style="list-style-type: none"> Toteuttamisvaiheen jatkuva seuranta Loppuarviointi Kerätään tulokset ja raportoidaan Uuden käytännön vakiinnuttaminen ja edelleen kehittäminen osastolla jatkuu 	Ohjausta 28.09.11 (puhelimitse) Kenraaliharj. 14.10 Loppuseminaari 11.11.11	Kysely: perehtyjät (pitkäaikaiset, lyhytaikaiset), perehdyttäjät, työryhmän jäsenet ja esimiehet

ONT valmis marraskuussa 2011

Hyvä työtoverini

Opiskelen työni ohessa Hämeen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, joka on työelämälähtöinen kehittämishanke. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää sairaanhoitajan perehdytystä osastollamme. Sen on tarkoitus lisätä osastollamme työskentelevän henkilökunnan osaamista, tukea uusia työntekijöitä ja heitä perehdyttäviä sairaanhoitajia sekä ottaa olemassa oleva perehdytysohjelma tehokkaampaan käyttöön.

Tällä kyselyllä kartoitan osaston tämän hetken tilannetta ja sairaanhoitajien ajatuksia perehdytyksestä. Kyselyssä on vain yksi kysymys ja se avautuu tämän sähköpostiviestin linkistä. Vastauksesi lähtee ilman vastaajan henkilötietoja minulle, kun klikkaat kyselyn *Lähetä* painiketta. Palvelin kertoo sinulle viestisi lähteneen.

Kyselystä saadun materiaalin analysoin ja siitä nousseet tulokset kerron 28.1 perjantai-palaverissa, jossa jatkotyöstämme perehdytysasiaa eteenpäin. Kehittämishankkeeni edetessä tarvitsen asiasta kiinnostuneita mukaan perehdytystyöryhmään. Ryhmän työskentely on työaikaan ja siinä pääset vaikuttamaan siihen, miten osastollamme jatkossa perehdytetään. Hanke etenee vuoden 2011 ajan. Jos olet kiinnostunut tulemaan mukaan työryhmään, ota minuun yhteyttä.

Pyydän sinua vastaamaan kyselyyn ja kertomaan oman näkemyksesi. Vastaukset käsitelen ehdottoman luottamuksellisesti. Ole hyvä ja vastaa 26.1.2011 mennessä.

Kiitos, että olet mukana kehittämässä osastomme toimintaa ja autat minua hankkeessani.

Terveisin

Katja Holopainen

YAMK opiskelija

katja.holopainen@khshp.fi

Hyvä leikkausosastolla työskentelevä erikoislääkäri

Työskentelen leikkaus- ja anestesiaosastolla sairaanhoitajana ja opiskelen työni ohessa Hämeen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu opinnäyte työ, joka on työelämälähtöinen kehittämishanke. Työni tavoitteena on kehittää sairaanhoitajan perehdytystä leikkaus- ja anestesiaosastolla. Sen on tarkoitus lisätä osastolamme työskentelevän henkilökunnan osaamista, tukea uusia työntekijöitä ja heitä perehdyttäviä sairaanhoitajia sekä ottaa olemassa oleva perehdytysohjelma tehokkaampaan käyttöön.

Tällä kyselyllä kartoitan osastolla työskentelevien erikoislääkäreiden ajatuksia sairaanhoitajan perehdytyksestä. Kysely avautuu tämän sähköpostiviestin linkistä ja sisältää neljä kysymystä. Vastauksesi lähtee ilman vastaajan henkilötietoja minulle, kun klikkaat kyselyn *Lähetä* painiketta. Palvelin kertoo sinulle viestisi lähteneen.

Kyselystä saadun materiaalin analysoin ja siitä nousseet tulokset jatkotyöstämme perehdytystyöryhmän kanssa eteenpäin tämän kevään aikana. Pyydän sinua vastaamaan kyselyyn ja kertomaan oman näkemyksesi. Vastaukset käsittelen ehdottoman luottamuksellisesti. Ole hyvä ja vastaa 11.3.2011 mennessä.

Kiitos, että olet mukana kehittämässä osastomme toimintaa ja autat minua hankkeessani.

Terveisin

Katja Holopainen

YAMK opiskelija

katja.holopainen@khshp.fi

Sairaanhoitajien perehdytys leikkaus- ja anestesiaosastolla

Ole hyvä ja vastaa alla oleviin kysymyksiin.

Millä erikoisalalla työskentelet?

Miten huomioit omassa työssäsi leikkaussalissa perehtyvän sairaanhoitajan?

Mitkä seikat ovat sinusta tärkeitä oman työsi näkökulmasta sairaanhoitajan perehtyessä leikkaus- ja/tai anestesiahoitotyöhön?

Millaisia ongelmia tai haasteita olet kokenut sairaanhoitajien perehtyessä leikkaus- ja/tai anestesiahoitotyöhön?

Muita ajatuksiasi sairaanhoitajan perehdytyksestä leikkaus- ja/tai anestesiahoitotyöhön?

Lähetä

Perehdytyksen etenemisen seurantataulukko (esimerkki)

Perehdytys kevät/kesä 2011

Leikkaus- ja anestesiaosasto

Instrumenttihoitajat

5.7.2011 / KH

Liite 6

Nimi	Tulee	Päättyy	Perehdyttävä / Tukihenkilö	Esikeskus- telu 1.vk	Talon perehd.	Arviointikes- kustelu 1-2kk	Arviointi- keskustelu 4kk	Aiempi kokemus <i>sijoitus toiveet</i>
Paula Perehtyjä	9.5.2011	vaki.	Petri Perehdyt- tävä	käyty	6/11	7.7.11 KH	08 loppu AP	Ortopedia, plastiikka, Porin ks , Kätilöopisto
Paavo Perehtyjä	16.5.2011	vaki.	Pinja Pereh- dyttävä	käyty	6/11	4.7.11 KH	09 alku AP	Gyne, lastenkirurgia, päivystys TAYS leikkurissa
Päivi Perehtyjä	6.6.2011	14.8.2011	Pirkko Pereh- dyttävä	käyty	6/11	5.7.11 KH	12.8.11 AP	opisk, meillä harjoittelussa, val- misuu xx/11
Pasi Perehtyjä R	20.6.2011	10.7.2011	ei nimettyä	7.7.11 AP	-	-	-	R
Pertti Perehtyjä R	20.6.2011	17.7.2011	ei nimettyä	7.7.11 AP	-	-	-	R
Petteri Perehtyjä R	20.6.2011	26.6.2011	ei nimettyä	14.8.11 AP	-	-	-	R, lisäksi 25.7.-14.8.11

R=Riihimäeltä siirtyvä työntekijä

Arviointi/loppukeskustelut: Lyhytaikaisten sijaisten kanssa vain loppukeskustelu + ONT liittyvä arviointikaavake

AP= Asiasta vastaavan henkilön nimikirjaimet

MP= Asiasta vastaavan henkilön nimikirjaimet

KH= Asiasta vastaavan henkilön nimikirjaimet

AH= Asiasta vastaavan henkilön nimikirjaimet

Värit kuvaavat perehdytykseen vaadittavaa panostusta:

Punainen vastavalmistuneen perehdytys, ei kokemusta perioperatiivisesta työstä → pidempi ja kattavampi perehdytys

Vihreä kokemusta perioperatiivisesta työstä erityyppisessä yksikössä → räätälöidään yhdessä tarvittava perehdytys tulijan lähtökohdista

Sininen työskennellyt aiemmin osastollamme → valmis suoraan työtehtävään koordinaattorin ja/tai esimiehen lyhyen kertauksen jälkeen

Kyselylomake perehtyjille perehdytyksestä leikkaus- ja anestesiaosastolla

1.9.2011

Liite 7 1/4

Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin ympyröimällä sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla sille varattuun tilaan.

1. Onko sinulla aiempaa työkokemusta leikkaus- ja/tai anestesiahoitotyöstä?
 - 1) Kyllä
 - 2) Ei
2. Kuinka monta vuotta sinulla on työkokemusta terveydenhuoltoalalta? _____ vuotta, _____ kuukautta
3. Oletko ollut opiskelijana osastollamme?
 - 1) Kyllä
 - 2) Ei
4. Kuinka kauan olit ylimääräisenä perehdytysajastasi? _____ viikkoa, _____ päivää

Miten hyvin seuraavat väittämät mielestäsi kuvaavat saamaasi perehdytystä leikkaus- ja anestesiaosastolla? 1=täysin samaa mieltä, 2=melko samaa mieltä, 3=melko eri mieltä, 4=täysin eri mieltä ja E=en osaa sanoa. Ympyröi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
5. Työyksikön toiminnan tavoitteet olivat selkeät	1	2	3	4	E
6. Perehdyttäjä oli kanssani samoissa vuoroissa	1	2	3	4	E
7. K-H shp organisaationa esiteltiin	1	2	3	4	E
8. Minua tarvittiin perehdytysaikana ”työvoimana”	1	2	3	4	E
9. Yhteistyö sujui hyvin perehdyttäjäni kanssa	1	2	3	4	E
10. Perehdytykseni oli etukäteen suunniteltua	1	2	3	4	E
11. Minut esiteltiin osaston henkilökunnalle	1	2	3	4	E
12. Perehdytysaika oli liian lyhyt	1	2	3	4	E
13. Perehdyttäjälläni oli aikaa perehdytykseeni	1	2	3	4	E
14. Opin työyksikköni toimintatavat nopeasti	1	2	3	4	E
15. Perehdytyksessä tuotiin esille osaston käytännön toimintatavat	1	2	3	4	E

Kysely perehdytyksestä leikkaus- ja anestesiaosastolla

1.9.2011

liite 7 2/4

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
16. Perehdytyksessäni tuotiin esille työpaikkademokratia	1	2	3	4	E
17. Perehdytyksessäni esiteltiin shp:n strategia	1	2	3	4	E
18. Olin perehdytysaikana ylimääräisenä työntekijänä	1	2	3	4	E
19. Perehdyttäminen auttoi kartuttamaan yhteistyöyksiköt	1	2	3	4	E
20. Perehdytykseni alkoi jo rekrytoinnin yhteydessä	1	2	3	4	E
21. Minulle annettiin materiaalia etukäteen työyksikköön ja organisaatioon tutustumista varten	1	2	3	4	E
22. Perehdytysuhteessa vallitsi kunnioitus ja hyväksyntä	1	2	3	4	E
23. Perehdyttäminen kannusti minua	1	2	3	4	E
24. Yhteistyö sujui hyvin esimiehen kanssa	1	2	3	4	E
25. Sopeuduin hyvin uuteen työyhteisöön	1	2	3	4	E
26. Perehdyttäminen kannusti minua jäämään osastolle	1	2	3	4	E
27. Pitkäaikainen työsuhte osastolla kiinnostaa minua	1	2	3	4	E
28. Työ vastasi osastosta saamaani etukäteisinformaatiota	1	2	3	4	E
29. Osaston ilmapiiri on perehdytysmyönteinen	1	2	3	4	E
30. Olen voinut esittää mielipiteitäni hoitotyöstä perehdytysaikana	1	2	3	4	E
31. Perehdyttäjäni oli pätevä klinisen työn osaaja	1	2	3	4	E
32. Sain palautetta säännöllisesti perehdytyksen aikana koordinaattorilta	1	2	3	4	E
33. Sain palautetta säännöllisesti perehdytyksen aikana perehdyttäjältäni	1	2	3	4	E
34. Perehdytysaikani oli mielestäni riittävä	1	2	3	4	E
35. Perehdytys auttoi stressi hallintaan	1	2	3	4	E
36. Perehdytyksessäni esiteltiin koulutus- ja kehittymismahdollisuudet	1	2	3	4	E
37. Osastolla osattiin hyödyntää aiempaa osaamistani	1	2	3	4	E

Kysely perehdytyksestä leikkaus- ja anestesiaosastolla

1.9.2011

liite 7 3/4

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
38. Henkilöstön motivoinnista huolehdittiin perehdytyksen aikana	1	2	3	4	E
39. Kävin esimieheni kanssa arviointikeskustelun perehdytysaikani	1	2	3	4	E
40. Kävin koordinaattori kanssa arviointikeskustelun perehdytysaikani	1	2	3	4	E
41. Sain palautetta riittävästi perehdytysjaksoni aikana esimieheltäni	1	2	3	4	E
42. Jaksoin hyvin työssäni perehdytysjaksoni aikana	1	2	3	4	E
43. Minulla oli mahdollisuus antaa palautetta perehdyttämisestä	1	2	3	4	E
44. Minulle perusteltiin käytössä olevat toimintatavat	1	2	3	4	E
45. Perehdytys auttoi minua kehittymään työssäni	1	2	3	4	E
46. Osastolla saa kiitosta onnistumisesta	1	2	3	4	E
47. Osastolla on toimiva perehdytysohjelma	1	2	3	4	E
48. Työni oli liian vastuullista perehdytysaikani	1	2	3	4	E
49. Tietoni ja taitoni ovat riittävät nykyiseen työtehtävääni perehdytyksen jälkeen	1	2	3	4	E
50. Arvioin itse omaa kehittymistäni	1	2	3	4	E
51. Minulle laadittiin oma perehdytysuunnitelma	1	2	3	4	E
52. Sain kannustavaa palautetta	1	2	3	4	E
53. Osaamiseni arvioitiin enne perehdytysohjelman laatimista	1	2	3	4	E
54. Perehdytys vastasi hyvin työn sisältöä	1	2	3	4	E
55. Perehdytys antoi riittävät valmiudet tehdä työtä	1	2	3	4	E
56. Perehdytyksessä tuotiin esiin työtäni koskevat lait ja asetukset	1	2	3	4	E
57. Perehdytyksessä tuotiin esille työsuojeluasiat	1	2	3	4	E
58. Osastolla yhteisesti sovitut pelisäännöt tuotiin esille	1	2	3	4	E
59. Sain negatiivista palautetta rakentavassa muodossa	1	2	3	4	E
60. Osastolla minua odotettiin ensimmäisenä päivänä	1	2	3	4	E
61. Perehdytyksessäni käytettiin perehdytyslukujärjestystä	1	2	3	4	E
62. Perehdytys on organisoitu hyvin osastolla	1	2	3	4	E

Mitä muuta haluat sanoa perehdytyksestäsi osastolla?

Kysely on laadittu seuraavien lähteiden pohjalta:

Lahti, T. 2007. Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen. Pro Gradu-tutkielma, Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Salonen, A. 2004. Mentorointi ja sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys. Pro Gradu-tutkielma, Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Hyvä työtoverini

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, johon kuuluvan työelämälähtöisen kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää sairaanhoitajan perehdytystä osastollamme. Tarkoituksena lisätä osastollamme työskentelevän henkilökunnan osaamista, tukea uusia työntekijöitä ja heitä perehdyttäviä sairaanhoitajia sekä ottaa olemassa oleva perehdytysohjelma tehokkaampaan käyttöön.

Hanke on edennyt vuoden 2011 aikana erilaisten vaiheiden kautta loppuarvointiin, jossa haluan tietää miten olet kokenut oman perehdytyksesi. Kyselylomakkeella pyydän sinua ystävällisesti kertomaan oman näkemyksesi perehdytyksen sujumisesta. Kyselystä saadun materiaalin analysoin ja saadut tulokset ovat osa hankkeen loppuarviointia. Tulosten pohjalta kehitetään perehdytysprosessia osastollamme edelleen. Samaa kyselyä on tarkoitus käyttää osastolla jatkossakin perehdytyksen kehittämisessä.

Pyydän sinua vastaamaan kysymyksiin kriittisesti ja kertomaan oman näkemyksesi asioista. Vastaukset käsitellen ehdottoman luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule näkymään kehittämishankkeessani. Toivon sinun käyttävän aikaasi ja syventyvän jokaiseen kohtaan. Palautathan kyselylomakkeen sisäpostikuoressa nimellä Katja Holopainen saapuvan postin lokeroon viimeistään 21.09.2011 mennessä.

Kiitos, että olet mukana kehittämässä osastomme toimintaa ja autat minua hankkeessani.

Syysterveisin

Katja Holopainen
YAMK opiskelija
Perioperatiivinen sairaanhoitaja AMK
K-HKS leikkaus- ja anestesiaosasto

Perehdytyksen arviointikaavake, lyhytaikaiset sijaiset
Perehdytyksen arviointikaavake
Lyhytaikainen perehdytys

Liite 9
kesä 2011/KH

Olet ollut töissä Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla. Haluamme kehittää perehdytystä ja sitä kautta työntekijöidemme viihtyvyyttä ja kotiutumista osastollemme. Jotta voimme kehittää perehdytystä jatkossa, toivomme sinun vastaavan seuraaviin kysymyksiin. Vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti ja niistä tulee osa osastollamme tehtävää ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämishanketta. Hankkeesta voit tiedustella tarkemmin Katja Holopaiselta.

1. Millaisena koit työskentelyn osastollamme? Mitä hyvää, mitä huonoa? Vastasi-ko se odotuksiasi?
2. Millaisena koit saamasi perehdytyksen? Vastasi-ko se odotuksiasi?
3. Millaista perehdytystä olisit halunnut? Mitä tai miten voisimme kehittää perehdytystä jatkossa?
4. Oliko etukäteen saamasi sähköpostikysely hyödyllinen? Huomioitiinko aiempi kokemuksesi, koulutuksesi ja vahvuutesi työjakson aikana?
5. Tulisitko meille töihin uudelleen? Miksi?

Kiitos!

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 1/11
Hyvä työtoverini

Arvioi kuinka perehdytysprosessin tavoitteet täyttyvät oheisissa materiaaleissa ympyröimällä arviotasi vastaava numero kyselylomakkeeseen. Kirjoita jokaisen kysymyksen loppuun vapaamuotoisesti kehitysehdotuksesi ja/tai kommenttisi.

Käytännössä toimivan perehdytysprosessin tavoitteet ovat:

1. **Tehokas:** kaikki perehtyjät saavat samansisältöisen tiedon ja perehdytys etenee systemaattisesti kohti tavoitetta.
2. **Yksilöllinen:** uuden työntekijän aiempi koulutus ja kokemus huomioidaan.
3. **Kannustava:** perehtymistä pystytään seuraamaan ja työntekijää tukemaan tarvittavilla osa-alueilla sekä antamaan palautetta.

Arviointiasteikko on merkitty seuraavasti kysymyksissä 1 - 6:

1 erittäin heikosti
2 heikosti
3 keskinkertaisesti
4 hyvin
5 erinomaisesti

Arviointiasteikko on merkitty seuraavasti kysymyksessä 7:

1 ei niin tärkeä
2 tärkeä
3 erittäin tärkeä

1. Arvioi kuinka perehdytysprosessin tavoitteet täyttyvät **uudelle työntekijälle etukäteen lähetetyssä kyselyssä** (materiaali 1) ympyröimällä arviotasi vastaava numero.

	erittäin heikosti	heikosti	keskin- kertai- sesti	hyvin	erino- maisesti
1. Tehokas	1	2	3	4	5
2. Yksilöllinen	1	2	3	4	5
3. Kannustava	1	2	3	4	5

Kehitysehdotukseni ja/tai kommenttini

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 2/11
2. Arvioi kuinka perehdytysprosessin tavoitteet täyttyvät **perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvauksessa** (materiaali 2) ympyröimällä arviotasi vastaava numero.

	erittäin heikosti	heikosti	keskin- kertai- sesti	hyvin	erino- maisesti
1. Tehokas	1	2	3	4	5
2. Yksilöllinen	1	2	3	4	5
3. Kannustava	1	2	3	4	5

Kehitysehdotukseni ja/tai kommenttini

3. Arvioi kuinka perehdytysprosessin tavoitteet täyttyvät **perehdytyksen keskimääräisessä kestossa** (materiaali 3) ympyröimällä arviotasi vastaava numero.

	erittäin heikosti	heikosti	keskin- kertai- sesti	hyvin	erino- maisesti
1. Tehokas	1	2	3	4	5
2. Yksilöllinen	1	2	3	4	5
3. Kannustava	1	2	3	4	5

Kehitysehdotukseni ja/tai kommenttini

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 3/11
4. Arvioi kuinka perehdytysprosessin tavoitteet täyttyvät **perehtyjälle ja perehdyttäjälle laadituissa kriteereissä** (materiaali 4) ympyröimällä arviotasi vastaava numero.

	erittäin heikosti	heikosti	keskin- kertai- sesti	hyvin	erino- maisesti
1. Tehokas	1	2	3	4	5
2. Yksilöllinen	1	2	3	4	5
3. Kannustava	1	2	3	4	5

Kehitysehdotukseni ja/tai kommenttini

5. Arvioi kuinka perehdytysprosessin tavoitteet täyttyvät **perehdytyksen prosessin vaiheissa** (materiaali 5) ympyröimällä arviotasi vastaava numero.

	erittäin heikosti	heikosti	keskin- kertai- sesti	hyvin	erino- maisesti
1. Tehokas	1	2	3	4	5
2. Yksilöllinen	1	2	3	4	5
3. Kannustava	1	2	3	4	5

Kehitysehdotukseni ja/tai kommenttini

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 4/11
6. Arvioi kuinka perehdytysprosessin tavoitteet täyttyvät **perehdytyksen arviointijaksoissa** (materiaali 6) ympyröimällä arviotasi vastaava numero.

	erittäin heikosti	heikosti	keskin- kertai- sesti	hyvin	erino- maisesti
1. Tehokas	1	2	3	4	5
2. Yksilöllinen	1	2	3	4	5
3. Kannustava	1	2	3	4	5

Kehitysehdotukseni ja/tai kommenttini

7. Arvioi kuinka tärkeänä pidät perehdytysprosessin kehittämisen kannalta alla olevia kohtia. Ympyröi arviotasi vastaava numero. Kohdat nousivat hankkeen edetessä.

	ei niin tärkeä	tärkeä	erittäin tärkeä
1. Anestesia lääkäri tutor anestesiahoitajalle	1	2	3
2. Esite / kansio osaston toiminnasta	1	2	3
3. Kuvataulu henkilökunnasta os. seinälle	1	2	3
4. Lounastreffit ensimmäisen viikon ajan tulokkaalle	1	2	3
5. Vertaisarviointi laajempaan käyttöön (kaikille)	1	2	3
6. Laitekohtaiset ajokortit	1	2	3
7. Anestesia ajokortti ennen päivystystä	1	2	3
8. Perehdytykselle laaditaan yleiset tavoitteet	1	2	3
9. Perehtyjä laatii omat tavoitteet	1	2	3

Kehitysehdotukseni ja/tai kommenttini

Kirjoita lopuksi vapaita kommentteja osastomme perehdytysprosessista paperin toiselle puolelle.

Suuri kiitos kun näit vaivaa yhteisen asian hyväksi!!

☺ Katja

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 5/11
Materiaali 1: Uudelle työntekijälle etukäteen lähetetty kysely

Alla oleva viesti lähetettiin sähköpostilla osastolle kesäksi töihin tuleville sijaisille ennen työjakson alkua. Suurin osa viestin saaneista oli Riihimäen yksiköstä osastollemme kesäksi siirtyviä ammattilaisia. Kyselyn kysymykset olivat sähköisessä palvelimessa (Google), jonne oli linkki sähköpostiviestissä.

Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa etukäteen tulijan osaamista ja vahvuusalueita sekä saada tietoa odotuksista perehdytyksen ja salisijoittelun suhteen. Saatua tietoa helpotti esimiesten ja listanvetäjän etukäteissuunnittelua sekä toimintaa osastolla. Kyselyllä pyrittiin herättämään tulijoissa positiivista ennakkokäsitystä osastosta ja helpottamaan heidän työskentelyn alkuun pääsemistä.

Kyselyä voidaan jatkossa käyttää kaikille osastolle töihin tuleville, joko lähettämällä se etukäteen sähköpostitse tai haastatteleamalla samat tiedot työntekijän käydessä osastolla.

Hei,

Olet tulossa Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiasastolle töihin, Tervetuloa! Haluamme kehittää perehdytystä ja sitä kautta työntekijöidemme viihtyvyyttä ja kotiutumista osastollemme. Jotta voimme räätälöidä juuri sinulle sopivan perehdytysohjelman, toivomme sinun vastaavan seuraaviin kysymyksiin 6.6 mennessä.

Nimesi
Koulutuksesi
Aiempi työkokemuksesi lyhyesti

Mitkä ovat sinun vahvuutesi sairaanhoitajana leikkaussalityössä? (vastuualueet, osaaminen jne)
Missä koet tarvitsevasi tukea?
Millaista perehdytystä/tukea mielestäsi tarvitset?
Koetko tarpeellisenä nimetyn mentorin ja millaisen roolin hänelle toivot?
Millaisia odotuksia sinulla on meille tulosta?



Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 6/11
Materiaali 2: Perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvaus

Kehittämishankkeen lähtötilanteen kartoitusvaiheessa nousi henkilökunnalle tehdystä kyselystä ja osastokokouksessa työstyistä Operasta vahvasti esiin perehdytyksen suunnitelmallisuus ja sen koordinointi. Todettiin myös, että perehdytyskoordinaattoreita työskentelee joissakin sairaaloissa. Perehdytystyöryhmässä sekä tutkijan ja osastonhoitajan keskusteluissa syntyi ajatus perehdytyskoordinaattorin työskentelyn kokeilusta osastolla. Tutkija ja osaston esimiehet kartoittivat perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvausta, joka on esitetty alla.

Tarkoituksena oli saada osaston perehdytys, sen seuranta, arviointi ja kehittäminen hallintaan. Koordinaattori pystyy huomioimaan työntekijän aiemman osaamisen, hallitsemaan perehdytysprosessin etenemistä sekä perehdytyksen tarvetta ja suuntaa. Hankkeen ajaksi nimettiin oma koordinaattori niin leikkaus- kuin anestesiapuolellekin.

Perehdytyskoordinaattorin tehtäväkuvaus

1. Uuden työntekijän tullessa osastolle
 - Ottaa vastaan uuden työntekijän
 - Aamupäivän aikana käy läpi Perehdytyslukujärjestyksen yhteisen osion kohdat:
 - Yksikön toiminta ja organisaatio (kahvi kupin ääressä)
 - Henkilöstöpalvelut
 - Tiedotustoiminta
 - Tilojen esittely (+ruokasali, kahvila, Rekry, Hallinnon käytävä)
 - Yhteistyö muiden yksiköiden kanssa (teho, CCU, synnytyssali, Päiki)
 - Esitellään uusille työkavereille
 - Laaditaan perehdytysuunnitelma alkuun huomioiden aiempi osaaminen
 - Kertoo lukujärjestyksen käytöstä ja täyttämisestä
 - Lounastreffit klo:11 → vie oh:n luo
 - Osastonhoitaja käy läpi Perehdytyslukujärjestyksen yhteisestä osiosta kohdat:
 - Työsuhteen ehdot
 - Henkilöstön kehittäminen
 - Koordinaattori on syömään päästäjänä
 - Oh tuo koordinaattorin tai perehdyttäjän luo loppupäiväksi
 - Tutustuu saliin ja salin tavaroihin
2. Suunnittelee ja aikatauluttaa perehdytysohjelman
 - Alku mietitty jo esitietojen pohjalta
 - Tarkempaa suunnitelmaa mietitään ensimmäisen viikon aikana, kun saadaan käsitys osaamisesta
 - Koordinoi uudet työntekijät vastuuhoidattajien perehdytykseen (kohdat, jotka merkitään lukujärjestykseen)
3. Arviointi / palautekeskustelut
 - 1vk lopulla: perehtyjä + koordinaattori → suunnitelma etenemisestä
 - 1-2kk: perehtyjä + perehdyttävä + koordinaattori + tarvittaessa esimies (oh/aoh) → suunnittelee perehdytyksen etenemistä
 - Ennen 4kk: perehtyjä + perehdyttävä + oh → perehdytyksen jatkoon tarve, päivystämisen aloittaminen.
 - Tarvittaessa vielä ennen päivystyksen aloittamista yksi keskustelu
 - Jatkossa kehityskeskustelut
4. Perehdytysohjelman ajan tasalla pitäminen
 - Päivittää ja huolehtii ohjelman ja siihen liittyvien oppaiden jne. ajan tasalla pitämisen.

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 7/11

Materiaali 3: Perehdytyksen keskimääräinen kesto

Keskimääräisen keston määrittäminen perehdytykselle on tärkeää, jotta tiedetään missä ajassa uusi työntekijä perehtyy riittävästi tehtäväänsä. Perehdytyksen kestoa on vaikea määrittää johtuen siihen vaikuttavista muuttujista. On vaikea määrittää milloin työntekijä on riittävästi perehtynyt tehtäväänsä. Perehtyjän aiempi kokemus leikkaus- ja anestesiahoitotyöstä vaikuttaa suuresti perehdytyksen keston. Jokaisen työntekijän kohdalla tulee arvioida perehtyjän, perehdyttäjän, koordinaattorin ja esimiesten käsitys ja tuntuuma siitä, milloin työntekijä voi siirtyä itsenäiseen työskentelyyn, virka-ajan ulkopuolisiin vuoroihin ja vaativampiin toimenpiteisiin.

Alla esitetty perehdytyksen keskimääräinen kesto on laadittu perehdytystyöryhmän työnä ja anestesiahoitajan kohdalle on yhdistetty otteita työryhmän yksittäisen jäsenen ehdotuksen pohjalta. Jatkossa perehdytyksen kestoa osastolla tulee seurata ja tarkentaa saatujen tulosten pohjalta.

Perehdytykseen varattava aika on yksilöllinen, mutta keskiarvona +/- 6kk.

i-puoli: 3 viikkoa/sali + 3 viikkoa heräämössä → 27vk (irtivahvuudesta 7vk)

Perehdytys etenee kolmen viikon jaksoissa, jonka perehtyjä on osaston erikoisala salijaon mukaan perehtymässä tiettyyn erikoisalaan. Eli esim. 3viikkoa salissa 4 → gastro ja uro perehdytys ”paketti”. Toimii i-puolella, mutta a-puolelle ehkä erilainen systeemiin.

I-puolella irti vahvuudesta: (ajat yksilöllisiä)

- Ensimmäiset 6 viikkoa ensimmäisessä ja toisessa salissa
- Seuraavat salit vahvuudessa, kyseisen erikoisalan vastuuhoidajan kanssa
- Heräämössä eka viikko irti vahvuudesta

a-puoli: 6 viikkoa saleissa + 2 viikkoa heräämössä + 2 viikkoa leik. puolella (passarina, lvm ja välinehuoltajan matkassa) → 10vk kokonaisaika irti vahvuudesta

A-puolella irti vahvuudesta (ajat yksilöllisiä)

- 1-2 viikot: perusanestesiatyöhön perehtyminen (ASA 1-2 (-3 potilaat)
- 3-4 viikot: vaativampiin anestesiaoihin perehtyminen
- 5-6 viikot: perehtyminen erilaisiin erityispotilasryhmiin
- 7-8 viikot: heräämötyöhön perehtyminen
- 9-10 viikot: leikkaushoitajan työhön perehtyminen (passarina + lvm & vh matkassa)

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 8/11

Materiaali 4: Perehtyjälle ja perehdyttäjälle laaditut kriteerit

Perehdytystyöryhmä laati osastolle kriteerit perehtyjälle ja perehdyttäjälle. Ne tuntuvat itsestään selviltä asioilta, mutta ovat tärkeimpiä asioita perehdytyksen onnistumisessa. Ilman niitä, ei minkäänlainen perehdytysprosessi onnistu.

Laaditut kriteerit ovat osa onnistunutta perehdytystä ja niitä voidaan jatkossa nostaa paremmin esille osastolla.

Perehtyjällä on oltava *halu oppia*.

Hänen tulee olla *motivoitunut*.

On hyvä olla *aktiivinen*.

Perehtyjän tulee *pyrkii itsenäisyyteen*.

Perehdyttäjällä on oltava *halu ohjata*.

Hänellä tulee olla *yhteistyötaitoja*.

Hän on *ammattitaitoinen*.

Perehdyttäjällä on *kyky ohjata*.

Perehtyjän ja perehdyttäjän välillä on oltava *luottamus perehdyttäjään*.

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 10 9/11

Materiaali 5: Perehdytysprosessin vaiheet

Alla esitetyt perehdytysprosessin vaiheet on laadittu näyttöön perustuen perehdytystyöryhmän työnä. Vaiheiden tarkoituksena on avata ja jaksottaa perehdytyksen prosessia. Se on myös työkalu, jonka avulla voidaan jakaa perehdytyksen vastuuta esimiesten ja perehdytyskoordinaattorin välillä. Jokaisen tulokkaan kohdalla sovelletaan vaiheita ja aikataulua henkilön kokemuksen, osaamisen ja tarpeen mukaan.

Ennen töihin tuloa

Tavoita: Tulokas saa kuvan tulevasta työstään ja siihen liittyvistä odotuksista. Hän saa alustavan kuvan työyhteisöstä ja organisaatiosta. Työyhteisö valmistellaan siten, että tulokkaan on helppo tulla ja hän tuntee olevansa odotettu.

Huomioitavaa:

- Yhteydenotto (sähköpostilla/käynti): esite osastosta, perehdytysohjelma, työvuorot ja tulo-ohjeet
- Kysytään tulokkaalta etukäteen: oma esittely, aiempi kokemus, osaaminen, vahvuudet, koulutus, kiinnostuksen kohteet meillä, odotukset, oma arvio perehdytyksen tarpeesta.
- Työpisteen valmistelu: avaimet, nimi magneetti taululle, kaappi jne.
- Perehdytysohjelman valmistelu ja suunnittelu: tulostus, mistä salista aloittaa
- Perehdyttäjät: 2 vastuuhenkilöä
- Muun työyhteisön informointi: ennakkotietojen kertominen

Vastaanotto ja ensimmäinen päivä

Tavoite: Tulokas saa tarvitsemansa työvälineet, luvat, jne. osaa liikkua työympäristössä ja tuntee lähimmät työtoverinsa. Tuntee itsensä tervetulleeksi ja odotetuksi.

Huomioitavaa:

- Esimies / koordinaattori ottaa vastaa
- Rauhallinen ja ystävällinen vastaanotto
- Aluksi tutustuminen esim. kahvikupin äärellä
- Käytännön asiat: avaimet, henkilökortti, luvat jne.
- Työtilojen esittely
- Lähimpien työkavereiden esittely: perehdyttäjät, esimiehet
- Lounasseuran sopiminen: tähän nimetty henkilö: perehdyttäjä/koordinaattori/esimies voisi toimia koko ensimmäisen viikon
- Kohtuullisesti uutta tietoa työstä ensimmäisenä päivänä

Ensimmäinen viikko

Tavoite: Tulokas pääsee kiinni työhönsä. Hän saa kokonaiskuvan työstään, työyhteisöstään ja organisaatiosta, jossa työskentelee (ns. ensiapupakkaus). Hän saa myös kokonaiskuvan siitä, mihin hänen tulee perehtyä selvittääkseen työstään itsenäisesti.

Huomioitavaa:

- Tulokkaan kokemusten ja osaamisen selvittäminen: koordinaattori
- Perehdytys suunnitelman läpikäyminen ja muokkaaminen yhdessä
- Itse työhön kiinni pääseminen: työnopastus alkaa
- Perehdytys suunnitelman noudattaminen
- Ensimmäisen viikon loppupuolella lyhyt palautekeskustelu

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 1010/11

- Kohtuullisesti uutta tietoa
- Tiedon lähteelle opastaminen: ohje kansiot, laput ja tiedostot sekä mahdollinen itseopiskelu materiaali
- Lounastreffit ja muutenkin huolehditaan, että tulokas tietää missä milloinkin ollaan

Ensimmäinen kuukausi

Tavoite: Tulokas pääsee kiinni ”tuottavaan työhön” ja sisäistää työyksikön toimintakulttuurin.

Huomioitavaa:

- Perehdyttäminen jatkuu suunnitelman mukaan
- Itsenäistä opiskelua: Lääkkeenantoluvat, C-kaari koulutus, muuta. kontrollointi/näyttö
- Tulokas osallistuu ”Tervetuloa taloon” –tilaisuuteen
- 1-2 kuukauden työssä olon jälkeen palautekeskustelu perehdyttäjän ja koordinaattorin (+esimiehen) kanssa, arvioidaan perehdytyksen etenemistä ja tehdään suunnitelmaa jatkosta

Ensimmäiset neljä kuukautta

Tavoite: Tulokas selviytyy työtehtävistään itsenäisesti ja osaa itsenäisesti hankkia lisää tietoa työstään. Hänet on otettu vastaan työyhteisönsä jäseneksi. Hän itse tuntee kuuluvansa työyhteisöön ja olevansa osa organisaatiota, jossa työskentelee.

Huomioitavaa:

- Perehtyminen jatkuu suunnitelman ja/tai tarpeen mukaan
- Ennen koeajan päättymistä pidetään esimiehen johdolla koeaikakeskustelu, jossa molemmien puolin arvioida perehdyttämisen ja perehtymisen onnistumista ja sen jatkotarvetta. (360° arvio, vertaisarvio)
 - oma arvio
 - esimiehen / koordinaattorin arvio
 - perehdyttäjien arvio
- Keskustellaan milloin on valmis päivystysaikaiseen työskentelyyn ja tehdään tarvittaessa suunnitelma, arviointikeskustelu vielä ennen päivystysaikaisen työn aloittamista (noin 6kk).

Työsuhteen päättyessä

Tavoite: Saada tietoa perehdytyksen onnistumisesta ja kehittämisestä. Koskee Päikin ja Riihimäen tuuraajia jne. muita lyhytaikaisia sijaisia.

Huomioitavaa:

- Esimies käy tämän loppu/lähtökeskustelun lomassa
- Päikin ja Riihimäen jne. lyhytaikaisten sijaisten kohdalla voidaan käyttää tähän laadittua palaute/arviointi kaavaketta, jonka lähtijä täyttää.

Kyselylomake ja materiaali perehdyttäjille, työryhmäläisille ja esimiehille Liite 1011/11

Materiaali 6: Perehdytysprosessin arviointijaksot

Perehdytysprosessin vaiheisiin sisältyy kolme arviointijaksoa, jolloin tulokkaan kanssa käydään keskustelu. Keskustelut käy perehdytyskoordinaattori ja/tai esimies. Mukana voi olla myös tulokkaan perehdyttäjä tai häntä ainakin kuullaan ennen keskustelua. Tämän lisäksi perehdyttäjän ja tulokkaan välillä tulee käydä keskusteluja perehdytyksen lomassa. Tähän on avattu arviointikeskustelujen sisältöjä.

Ensimmäisen viikon loppupuolella: (koordinaattori)

- Miten on viihtynyt uudessa työpaikassa?
- Miten asiat ovat lähteneet sujumaan?
- Miten on päässyt kiinni työtehtäviin?
- Onko jotain ongelmia tai kysymyksiä tullut mieleen?

Ensimmäisten (1-2) kuukausien työssä olon jälkeen: (koordinaattori ja tarvittaessa esimies)

- Kerrotaan miksi tämä keskustelu käydään:
 - mahdollisuus antaa ja saada palautetta
 - mahdollisuus oikoa väärin tai virheellisiä käsityksiä
 - suunnitella perehdytyksen jatkoa
- Miten työssä kokonaisuudessaan on lähtenyt sujumaan?
- Miten erilaiset työtehtävät ovat sujuneet?
- Mitkä perehtyjän mielestä sujuvat jo hyvin ja missä on vielä opittavaa?
- Millaista apua ja perehdytystä tarvitsee jatkossa?
- Mitkä asiat sujuvat työyhteisössä ja mitkä toivoisi olevan toisin?
- Mitä voitaisiin kehittää?
- Annetaan perehdyttäjän ja työyhteisön palaute rakentavassa muodossa.
- Tehdään perehdytyksen jatkosuunnitelma, miten edetään.
- Mietitään mahdollista päivystysaikaista työskentelyä ja sen aikataulua.
- Mitä odotuksia jatkosta?
- Lopuksi positiivinen yhteenveto hyvin sujuvista asioista.

Ensimmäiset neljä kuukautta (ennen koeajan päättymistä): (esimies ja tarv. koordinaattori)

- Kerrotaan miksi tämä keskustelu käydään:
 - mahdollisuus antaa ja saada palautetta
 - mahdollisuus oikoa väärin tai virheellisiä käsityksiä
 - mahdollisuus järjestää lisäperehdytystä
 - mahdollisuus kehittää esimies-alaissuhdetta
- Miten työssä kokonaisuudessaan on lähtenyt sujumaan?
- Miten erilaiset työtehtävät ovat sujuneet?
- Mitkä perehtyjän mielestä sujuvat jo hyvin ja missä on vielä opittavaa?
- Millaista apua ja perehdytystä tarvitsee jatkossa?
- Mitkä asiat sujuvat työyhteisössä ja mitkä toivoisi olevan toisin?
- Mitä voitaisiin kehittää?
- Annetaan 360° arvio/vertaisarvio ja palaute rakentavassa muodossa. (oma, esimiehen/koordinaattorin ja perehdyttäjän arvio)
- Suunnitellaan jatko, mukaan lukien päivystysaikaisen työskentelyn aloittaminen ja sen aikataulua.
- Mitä odotuksia jatkosta?
- Lopuksi positiivinen yhteenveto hyvin sujuvista asioista.

Saate perehdyttäjien, työryhmäläisten ja esimiesten kyselylle
Hyvä työtoverini

Liite 11

Opiskelen ylemmää ammattikorkeakoulututkintoa, johon kuuluvan työelämälähtöisen kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää sairaanhoitajan perehdytystä osastollamme. Tarkoituksena lisätä osastollamme työskentelevän henkilökunnan osaamista, tukea uusia työntekijöitä ja heitä perehdyttäviä sairaanhoitajia sekä ottaa olemassa oleva perehdytysohjelma tehokkaampaan käyttöön.

Hanke on edennyt vuoden 2011 aikana tuottaen erilaista materiaalia sekä toimintatapoja osaston käyttöön. Kyselylomakkeella pyydän sinua ystävällisesti arvioimaan käytännössä toimivan perehdytysprosessin tavoitteiden toteutumista oheisissa materiaaleissa, sekä antamaan kehittämis ehdotuksia ja kommentteja niihin liittyen. Kyselystä saadun materiaalin analysoin ja saadut tulokset ovat osa hankkeen loppuarviointia. Tulosten pohjalta kehitetään perehdytysprosessia osastollamme edelleen.

Pyydän sinua vastaamaan kysymyksiin kriittisesti ja kertomaan oman näkemyksesi asioista. Vastaukset käsittelen ehdottoman luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule näkymään kehittämishankkeessani. Toivon sinun käyttävän aikaasi ja syventyvän jokaiseen kohtaan. Palautathan kyselylomakkeen sisäpostikuoressa nimellä Katja Holopainen saapuvan postin lokeroon viimeistään 27.09.2011 mennessä.

Kiitos, että olet mukana kehittämässä osastomme toimintaa ja autat minua hankkeessani.

Syysterveisin

Katja Holopainen
YAMK opiskelija
Perioperatiivinen sairaanhoitaja AMK
K-HKS leikkaus- ja anestesiaosasto

ARVIOITAVA AIHEALUE	Kyllä	Ei	Pisteytys
1. Tutkimuksen viitekehys, kirjallisuuskatsaus <ul style="list-style-type: none"> - artikkelissa käytettyjen käsitteiden määrittely - kuinka systemaattisesti kirjallisuutta on etsitty (mitkä tietokannat) - onko tehty systemoitu kirjallisuuskatsaus - kuinka aikaisemmat tutkimukset aiheeseen liittyen on esitetty ja minkälaista kritiikkiä niistä on esitetty - onko käytetty aineisto ajantasaista 			
2. Tutkimuksen ongelmanasettelu <ul style="list-style-type: none"> - onko ongelma relevantti 			
3. Käytetyt aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät sekä niiden soveltuvuus esitettyjen ongelmien ratkaisuun <ul style="list-style-type: none"> - onko aineiston keruu selkeästi raportoitu - onko käytettyjen mittareiden luotettavuus raportoitu selkeästi - onko käytetyt analyysimenetelmät kuvattu selkeästi - sopivatko menetelmät aineiston analyysiin - ovatko käytetyt menetelmät asianmukaisesti toteutettuja - onko aineistoa analysoitu riittävällä tarkkuudella - onko aineiston sisällön riittävyys arvioitu 			
4. Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi <ul style="list-style-type: none"> - onko tutkimukselle hankittu asianmukaiset luvat - onko tutkittavilta pyydetty tietoinen suostumus - onko luottamuksellisuus turvattu - onko anonymiteetti turvattu - noudattaako tutkimuksen raportointi eettisiä periaatteita 			
5. Tutkimusasetelma ja sen vahvuus <ul style="list-style-type: none"> - onko asetelma (laadullinen/määrällinen/korrelatiivinen/kokeellinen/kvasikokeellinen) suhteessa esitettyihin tutkimusongelmiin - miten asetelma tukee ongelman tai tutkimustehtävän ratkaisua (onko tutkimusasetelma johdonmukainen esitettyjen ongelmien ja tutkimustehtävien kanssa) - laadullisessa tutkimuksessa tärkeää, että tutkimus on kuvattu riittävän tarkasti ja rehellisesti ja tutkimus on todennettu 			
6. Tulosten kliinisen merkityksen arviointi <ul style="list-style-type: none"> - onko tulokset selkeästi raportoitu - onko tulokset esitetty niin tarkasti, että lukija pystyy arvioimaan niiden luotettavuuden - vastaavatko tulokset kysymyksen asetteluun 			
7. Tutkimuksessa esitettyjen johtopäätösten ja suositusten arviointi <ul style="list-style-type: none"> - perustuvatko johtopäätökset tuloksiin - ovatko johtopäätökset kliinisesti merkittäviä - ovatko johtopäätökset esitetty selkeästi - ovatko esitetyt suositukset relevantteja 			
PISTEET YHTEENSÄ			

(Melender & Häggman-Laitila 2009, 35; Salanterä & Hupli 2003, 32 – 36.)

Kukin kriteeri arvioidaan ja pisteytetään asteikolla 1-3. Yhteenlaskettu kokonaissumma määrää lähteen saaman lopullisen arvion seuraavan pisteytyksen mukaan:

- 1-7 pistettä saanut on huono
- 8-14 pistettä saanut on keskinkertainen
- 15-21 pistettä saanut on korkeatasoinen